

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MARIE-HÉLÈNE BLAIS

DESCRIPTION DU PORTRAIT DE L'ÉTAT DE SANTÉ
DES GRANDS CONSOMMATEURS DE SOINS À L'URGENCE SELON LA
PERSPECTIVE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX

28 OCTOBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Problématique : Depuis quelques années, les chercheurs et décideurs en santé s'intéressent aux grands consommateurs de soins à l'urgence (GCSU) ou « high user », c'est-à-dire les patients qui utilisent à quatre, cinq, voire, à dix reprises et plus les services de l'urgence au cours d'une année. Les GCSU sont des individus avec un état de santé précaire qui consultent dans un milieu de soins aigus et épisodique. Bien qu'il soit admis que le service d'urgence sert à traiter des cas urgents, l'évaluation clinique axée sur le motif de consultation présente un risque de ne pas considérer l'ensemble des besoins requis par l'état de santé des GCSU. En effet, outre les traitements médicaux, la santé physique et mentale est influencée par de nombreux autres facteurs appelés les déterminants sociaux. Bien qu'il soit reconnu que les déterminants sociaux influencent l'état de santé physique et mentale, peu d'auteurs ont étudié les GCSU sous la perspective de ces déterminants. Il paraissait donc important de dresser un portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU. Le premier objectif était de décrire l'état de santé et les déterminants sociaux (caractéristiques individuelles, caractéristiques socioéconomiques et le milieu) des GCSU en utilisant les concepts du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du MSSS. Le deuxième objectif de l'étude était d'identifier les interventions et les services offerts par les intervenants de l'urgence et ceux de la mission CLSC. **Méthode :** Pour répondre aux objectifs de recherche, 30 sujets ayant effectué 10 visites et plus à l'urgence Christ-Roi ont été retenus. Une analyse rétrospective de 30 dossiers a été effectuée. Une base de données a été créée sur IBM SPSS. **Résultats :** Les résultats obtenus indiquent que les GCSU sont

âgés entre 18 et 84 ans et qu'à l'intérieur même de cette population, il y a des sous-groupes qui présentent des besoins biopsychosociaux différents. Les 18-64 ans ont davantage d'antécédents de santé mentale que les 65 ans et plus et, ces derniers présentent des antécédents de maladies chroniques. Les GCSU présentent des éléments de faible niveau d'éducation / littératie et de soutien social. Les GCSU provenant de milieu défavorisé ou très défavorisé présentent des raisons de consultations qui varient d'une visite à l'autre comparativement aux GCSU de milieu favorisé ou très favorisé. Les résultats obtenus démontrent des écarts entre la pratique et les recommandations du Guide de gestion de l'urgence à l'égard des patients de l'urgence. D'une part, peu d'enseignements infirmières ont été réalisés et très peu de communication ont été établie entre l'urgence et la mission CLSC lors du départ du patient et pour les GCSU ne recevant de service, l'offre de services est axée principalement sur les soins physiques plutôt que sur les conditions dans lesquelles peuvent s'être développées les problématiques de santé.

Conclusion : Les GCSU sont une population hétérogène présentant un état de santé précaire ainsi que de multiples besoins biopsychosociaux. Cette étude permettra d'émettre des recommandations dans le but d'améliorer la situation dans les urgences et de répondre aux besoins des GCSU.

Mots-clés : « Grands consommateurs de soins à l'urgence », « déterminants sociaux de la santé », « santé »

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Problématique.....	1
Chapitre 2 : Recension des écrits	9
Grands consommateurs de soins à l'urgence	11
Définition	11
Incidence et coûts.....	11
Définition de l'urgence et actions ministérielles.....	12
État de santé	14
Définition de l'état de santé	14
État de santé des GCSU	15
État de santé physique et mentale	15
Perception de l'état de santé.....	16
Mortalité.....	16
Services de santé et services sociaux offerts aux GCSU	17
Déterminants sociaux et état des connaissances	22
Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants.....	31
Chapitre 3 : Cadre théorique	33
État de santé de la population.....	38
Déterminants sociaux	38
Chapitre 4 : Méthodologie	46
Devis de recherche	47

Population, milieu de l'étude et critères d'inclusion.....	48
Échantillon et technique d'échantillonnage	49
Accès aux données	49
Outil de collecte de données	50
Définitions conceptuelles et opérationnelles.....	51
Analyse de données.....	60
Considérations éthiques	60
Avantages et limites de l'étude	61
Chapitre 5 : Résultats	62
Chapitre 6 : Discussion	96
Résultats de l'analyse et leurs significations.....	97
Conséquences de la recherche et retombées possibles.....	107
Forces et faiblesses de la présente recherche	107
Conclusion	109
Appendice A Autorisation du milieu à effectuer la recherche au Centre Christ-Roi de Nicolet.....	112
Appendice B Certificat d'approbation éthique	115
Appendice C Base de données et règles de mesures.....	117
Appendice D Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (CIM-10 Version : 2008 Français)	121
Références	123

Liste des tableaux

Tableau I <i>Champs, catégories et sous-catégories du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants</i>	43
Tableau II <i>Déroulement de la recherche</i>	50
Tableau III <i>Les déterminants sociaux</i>	54
Tableau IV <i>Variables et instruments</i>	58
Tableau V <i>Antécédents de santé des GCSU à la visite 10 selon l'âge</i>	65
Tableau VI <i>Proportion de GCSU habitant en milieu rural ou urbain selon l'indice socioéconomique</i>	68
Tableau VII <i>Prévalence du faible soutien et d'indicateurs de pauvreté chez les GCSU selon les antécédents de santé</i>	69
Tableau VIII <i>Système de santé (triage-urgence)</i>	71
Tableau IX <i>Fréquence des communications par les intervenants de l'urgence vers ceux de la mission CLSC lorsqu'un GCSU reçoit des services normalisés</i>	74
Tableau X <i>Description des services et du nombre d'interventions (interv.) effectués par les intervenants de la mission CLSC auprès des GCSU</i>	75
Tableau XI <i>Nombre d'interventions effectuées par les infirmières de la mission CLSC auprès des GCSU</i>	78
Tableau XII <i>Portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU inconnus de la mission CLSC lors de la visite 1 à l'urgence (n=25)</i>	79
Tableau XIII <i>Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans</i>	84
Tableau XIV <i>Raisons de consultation et interventions et services aux GCSU âgés de 65 ans et plus</i>	92

Liste des appendices

Appendice A Autorisation du milieu à effectuer la recherche au Centre Christ-Roi de Nicolet	112
Appendice B Certificat d'approbation éthique	115
Appendice C Base de données et règles de mesures	117
Appendice D Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (CIM-10 Version : 2008 Français)	121

Remerciements

Tout d'abord, je voudrais remercier ma directrice, Liette St-Pierre, qui a cru en moi malgré des moments difficiles. Je te remercie de ta confiance, de ton ouverture et de ta disponibilité. Grâce à toi, je sais maintenant tout le pouvoir que peut apporter des résultats de recherche sur l'état de santé d'un patient et sur l'amélioration de la pratique infirmière.

Ensuite, j'aimerais remercier ma famille et mes amis qui m'ont encouragée tout au long de ma maîtrise. Je voudrais remercier tout particulièrement mon conjoint, Louis, pour m'avoir encore une fois soutenu dans une nouvelle aventure. Je veux remercier aussi mes enfants, Gabriel et Florence pour leur patience et leurs petits mots d'encouragements accrochés sur mon bureau. Une pensée pleine d'amour à toi, Mamie.

Chapitre 1 : Problématique

Le phénomène des GCSU semble être un casse-tête à résoudre pour bon nombre de décideurs en santé. Ce présent chapitre vise donc à explorer les données du problème, à situer le problème par rapport aux connaissances actuelles et à préciser l'approche conceptuelle utilisée pour ce projet de recherche. Finalement, le chapitre se termine par la présentation des objectifs poursuivis dans le cadre de cette recherche.

Au Québec, 2,34 millions de visites ambulatoires et 1,09 millions de visites sur civières ont été comptabilisées pour l'année 2012-2013 (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2014). De ce nombre, 20 % de l'ensemble des visites ambulatoires à l'urgence et 16 % des visites sur civières sont effectuées par des patients qui en sont minimalement à leur quatrième visite à l'urgence durant l'année à l'étude (CSBE, 2014). Dans le plan d'action stratégique du Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS] (2017), un enjeu vise à réduire la durée de séjour à l'urgence à moins de quatre heures pour la clientèle ambulatoire et à moins de 12 heures pour les patients sur civières afin d'offrir des services accessibles qui répondent aux besoins des usagers. Or, il semble y avoir une discordance entre les besoins des patients et les services offerts lors du départ de l'urgence vers le domicile (Castner, Yow-Wu, Mehrok, Gadre, & Hewner, 2015; Vat, Common, Laizner, Borduas, & Maheu, 2015).

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 15 % des visites ambulatoires et 40 % des visites sur civières (CSBE, 2014). Bien qu'il soit reconnu que les besoins des personnes âgées augmentent avec l'âge, 80 % des personnes âgées qui quittent l'urgence auraient au moins un besoin de santé non comblé (Karam, Radden, Berall, Cheng, & Gruneir, 2015). De plus, dans la population des individus sans domicile fixe qui consultent à l'urgence, des auteurs constatent aussi que certains besoins particuliers de ce groupe de patients ne sont pas pris en compte (Ku et al., 2014). Finalement, les résultats de l'étude de Duseja et al. (2015) démontrent que trois jours après une visite initiale, 8 % des patients reconsultent et de ce nombre, 33 % le font dans une urgence différente. Cette situation peut donc conduire à une duplication des soins et des services dispensés et ainsi engendrer jusqu'à dix fois plus de dépenses qu'un usager utilisant occasionnellement les services de l'urgence (Duseja et al., 2015; Ondler, Hegde, & Carlson, 2014).

Dans le but de réduire les coûts sociaux reliés à la consommation de services d'urgence, un projet d'identification des grands consommateurs a été implanté dans la région Mauricie-Centre-du-Québec (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec [ASSSMCQ], 2013). Les actions consistaient essentiellement à répertorier les patients ayant consulté, annuellement, à l'urgence à dix reprises et plus afin de faciliter la coordination de leur suivi. En dépit de la volonté d'identifier les GCSU pour diminuer le nombre de visites à l'urgence, il semble que les activités de coordination de soins diminuent le nombre d'hospitalisations chez les

patients atteints de maladies physiques chroniques mais qu'elles présentent des économies modérées et des réductions variables dans les visites à l'urgence (Soril, Leggett, Lorenzetti, Noseworthy, & Clement, 2015; Tricco et al., 2014). Il est donc possible de croire que le cycle répété des visites à l'urgence puisse être le résultat de besoins non-comblés ou non-considérés par les professionnels.

Cette étude s'intéresse particulièrement aux déterminants sociaux susceptibles d'influencer l'état de santé des GCSU. Ceux-ci ont une prévalence marquée de maladies chroniques physiques et mentales (Castner et al., 2015; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2014; Moe, Bailey, Oland, Levesque, & Murray, 2013). Le cycle répété des visites à l'urgence augmente les inégalités de santé, car le patient ne peut bénéficier d'un suivi de la part d'un même professionnel de la santé (CSBE, 2014; Kangovi et al., 2013). Pourtant, selon certains auteurs, 60 % à 70 % des patients qui consultent à l'urgence ont un médecin de famille (Palmer, Leblanc-Duchin, Murray, & Atkinson, 2014; Rising, Padrez, et al., 2014). La décision de consulter à l'urgence serait plutôt liée à la perception qu'ont les GCSU de leur état de santé. En effet, ils ont l'impression que leur état de santé nécessite d'être évalué rapidement et qu'une visite à l'urgence leur permettra d'avoir accès à des examens diagnostiques au moment voulu (Doran et al., 2014; Khan, Glazier, Moineddin, & Schull, 2011). Or, les cas très urgents représentent entre 10 % et 14 % des consultations chez les GCSU (Geurts, Palatnick, Strome, & Weldon, 2012; Moe et al., 2013).

La pertinence pour un individu d'effectuer une visite à l'urgence peut donc rapidement être remise en question par les professionnels de la santé. En effet, les GCSU sont bien souvent considérés comme des utilisateurs illégitimes des services de l'urgence (Althaus et al., 2011). Le jugement et la perception négative des professionnels de la santé à l'égard de ces patients peuvent influencer la qualité des soins reçus et ultimement, l'état de santé (Althaus et al., 2011; Baggio et al., 2015; Mautner et al., 2013; Tricco et al., 2014).

Selon l'Agence de la santé publique du Canada [ASP] (2013), la santé physique et mentale est tributaire de plusieurs déterminants sociaux. L'estime de soi, le sentiment de sécurité et le soutien social sont des exemples de déterminants qui influencent positivement la santé (Mikkonen & Raphael, 2011; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016b; Wilkinson & Marmot, 2004). À l'opposé, vivre au sein de conflits familiaux ou présenter des difficultés de compréhension de lecture représentent des déterminants qui ont un impact sur la santé mentale et qui peuvent affecter les systèmes immunitaires et cardiovasculaires (ISQ, 2012; Wilkinson & Marmot, 2004).

Depuis 2006, pour éviter des recours inappropriés à l'urgence, le Guide de gestion des urgences recommande d'assurer une planification liée au départ du patient (MSSS, 2006). Cette planification, basée sur l'évaluation des besoins du patient, doit permettre de lui offrir des services de soins à domicile ou de le diriger vers des ressources communautaires, et ce, « dans le plus grand respect des besoins biologiques,

psychologiques et sociaux » (MSSS, 2006, p. 57). Cependant, malgré la réelle pertinence d'une telle évaluation, dans un contexte où l'enjeu est la réduction des temps d'attente à l'urgence (MSSS, 2017), il peut être difficile pour les intervenants de prendre en compte l'ensemble des besoins biopsychosociaux des GCSU afin d'offrir les services requis par l'état de santé.

Par exemple, au Québec, 66 % de la population ne possède pas le seuil minimal de littératie en santé (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2012), c'est-à-dire les aptitudes, cognitives et sociales, d'accéder, de comprendre et d'utiliser l'information en santé pour maintenir son bien-être et sa santé (Rootman, 2004). Les personnes âgées, les individus présentant un faible niveau de scolarité ou les gens vivant une situation de pauvreté sont plus susceptibles de ne pas atteindre le seuil minimal de littératie (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011). Un faible niveau de littératie est associé à un risque d'erreur dans la gestion de la médication (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014) ainsi qu'à une augmentation significative du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence (Harris et al., 2015). Une étude relève d'ailleurs que la moitié des patients retournant à l'urgence seraient incapables de nommer leur diagnostic, l'effet de la médication et le plan de traitement (Artinian, 2006). Il semble donc approprié d'explorer si de l'enseignement infirmière est réalisé lors du départ du patient de l'urgence.

De façon comparable au Québec et aux États-Unis, certains auteurs affirment que plus du tiers des patients qui ont consulté à l'urgence au moins une fois sont sans emploi, ne possèdent pas de diplômes d'études secondaires et doivent composer avec un faible revenu (Ginde, Vinton, Capp, Abbott, & Rooks, 2014; Khan et al., 2011; Lecours, 2013; Ondler et al., 2014). Il est reconnu que la pauvreté engendre du stress, de l'anxiété et de l'insécurité qui affectent, à leur tour, le système cardiovasculaire et immunitaire et prédispose au développement de différentes maladies chroniques (Wilkinson & Marmot, 2004). La précarité socioéconomique peut entraîner un processus d'exclusion sociale pouvant conduire à des inégalités dans l'accès aux services (Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion [CEPE], 2017). En effet, certains obstacles tels que la distance géographique, le coût du transport ou la discrimination liée à la condition des GCSU nuisent à l'accès aux services (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2016).

Tel que mentionné précédemment, l'étude des GCSU se fera sous la perspective des déterminants sociaux. Cette perspective, à l'instar du soin infirmier, permet de comprendre que certains facteurs influencent le développement de maladies et la façon dont les gens vivent et se remettent de cette maladie (Association des infirmières et des infirmiers du Canada [AIIC], 2018). Plus précisément, le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du MSSS (2010) sera utilisé dans ce projet de recherche. Les GCSU sont une population vulnérable qui présente un état de santé précaire et dont les besoins ne semblent pas complètement répondus. Le cadre met en perspective l'idée que l'état

de santé d'une population n'est pas qu'une question de responsabilité individuelle mais d'une responsabilité collective. En effet, il permet de comprendre que l'état de santé est influencé dans le temps par des caractéristiques individuelles et des milieux de vie mais aussi par le type de services rendus par le système de santé.

Afin de mieux comprendre les besoins des GCSU, le but de ce projet de recherche est d'obtenir un portrait de l'état de santé des GCSU selon la perspective des déterminants sociaux. Les objectifs de la recherche sont de 1) décrire l'état de santé physique et mentale des GCSU ainsi que les caractéristiques individuelles et les milieux des GCSU et 2) identifier les interventions et les services offerts aux GCSU par les infirmières et les différentes catégories d'intervenants de l'urgence et de la mission CLSC (système de santé). L'obtention du portrait général des GCSU servira à identifier des pistes de solutions permettant aux professionnels de la santé d'offrir des soins et des services répondant à leurs besoins.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Ce chapitre se divise en quatre parties. La première partie traite des grands consommateurs de soins à l'urgence, de l'incidence et des coûts ainsi que des actions ministérielles. La deuxième partie traite de l'état de santé, de la perception de l'état de santé, de la mortalité et des services de santé et services sociaux offerts aux GCSU. La troisième partie traite de l'état des connaissances sur les déterminants sociaux. Finalement, la dernière partie concerne le cadre de référence qui guidera ce projet de recherche soit le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du MSSS.

Dans le but de faire état des connaissances actuelles, une revue de littérature a été effectuée dans la base de données CINAHL with Full Text. La littérature grise telles que l'Agence de santé publique du Canada, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec, l'Institut de statistiques du Québec et l'Organisation mondiale de la santé ont été utilisées. La recension des écrits a été réalisée à partir des deux principaux concepts de cette étude soit les GCSU et les déterminants sociaux.

Grands consommateurs de soins à l'urgence

Définition

Les GCSU sont des patients qui effectuent de multiples visites à l'urgence au cours d'une même année. La classification des GCSU ne fait pas l'unanimité. En effet, certains auteurs et organisations gouvernementales classent les GCSU selon une fréquence de visites et d'autres ciblent les patients qui ont engendrés le plus de dépenses (Ginde et al., 2014; Ondler et al., 2014). Bien qu'il persiste une hétérogénéité dans la fréquence, la majorité des auteurs s'entendent pour dire que les GCSU sont des usagers qui consultent au moins quatre fois par année à l'urgence. Pour la présente recension, les écrits concernant les patients ayant consulté à deux reprises et plus ont été conservés.

Incidence et coûts. Au Canada, pour l'année 2016-2017, on estime que les GCSU représentent 9 % de l'ensemble des patients qui ont consultés à l'urgence et qu'ils ont effectués 30 % de l'ensemble des visites à l'urgence (ICIS, 2018). Selon Shapiro et al. (2013) ces données pourraient être revu à la hausse, en effet, en combinant les données de différentes urgences d'une même région, les auteurs ont identifié 20 % plus de GCSU et 16 % plus de visites que sur un seul site. En plus de présenter des taux d'hospitalisations plus élevés qu'un usager occasionnel de l'urgence, il est aussi démontré que les GCSU utilisent différentes ressources et services de soins de santé tels que les cliniques externes et les services de spécialistes (Billings & Raven, 2013; Bodenmann et al., 2015; Castner et al., 2015; Moe et al., 2015; Van Tiel et al., 2015).

Au Québec, en moyenne, une visite à l'urgence est de l'ordre de 157\$ (Régie de l'assurance-maladie du Québec, 2016). Bien qu'Ondler et al. (2014) constatent qu'une visite d'un GCSU n'engendre pas plus de dépenses qu'une visite effectuée par un patient sporadique, c'est plutôt la somme des visites qui fait bondir les coûts. De plus, les résultats des données précédemment présentés par Shapiro et al. (2013) indiquent qu'il pourrait être raisonnable de croire que si un GCSU consulte à différentes urgences, les coûts globaux s'en trouveront nécessairement augmentés.

Définition de l'urgence et actions ministérielles. Selon le Guide des urgences du MSSS,

les services d'urgence servent à évaluer et à traiter des conditions médicales dont les symptômes sont apparus subitement et sont assez graves pour qu'une personne prudente, possédant un niveau moyen de connaissances en santé, soit amenée à croire qu'une visite médicale urgente est nécessaire (2006, p. 21).

Au Québec, 60 % des visites à l'urgence sont jugées non-urgentes et pourraient être traitées ailleurs (CSBE, 2017a). Depuis 2006, le Guide de gestion des urgences recommande d'assurer une planification liée au départ du patient (MSSS, 2006). Cette planification doit permettre, d'une part, d'identifier les patients qui reçoivent déjà des services de la mission CLSC afin d'aviser l'intervenant et d'autre part, évaluer la situation des patients qui ne reçoivent pas de services afin de leur offrir des services qui répondent à leurs besoins. Cette recommandation vise essentiellement à éviter des recours inappropriés à l'urgence.

Par la suite, en 2013, des actions ont été élaborées afin d'améliorer le suivi et la coordination des services aux patients cumulant 10 visites et plus à l'urgence et ce, particulièrement auprès des GCSU présentant des maladies chroniques ou des troubles de santé mentale (ASSSMCQ, 2013).

En 2016, le MSSS affirme que des problèmes d'accès à un médecin de famille et aux services sociaux peuvent contribuer à une hausse de l'utilisation des services d'urgence chez les clientèles vulnérables. Cependant, 60 % à 70 % des patients qui consultent à l'urgence ont un médecin de famille, il semble donc que l'accès à un médecin de famille ne soit pas nécessairement en lien avec l'utilisation excessive des services de l'urgence (Palmer et al., 2014; Rising, Padrez, et al., 2014). Selon le CSBE (2014), une des causes qui amènerait les patients à se tourner vers l'urgence serait la difficulté à rencontrer le médecin de famille en temps opportun. Or, Doran et al. (2014) affirme que près de 67 % des GCSU consultent déjà leur médecin de famille de façon répétée. Il semble donc exister un désalignement entre les besoins des patients et les services offerts (Castner et al., 2015), et ce, tant à l'urgence que chez le médecin de famille.

Bref, malgré la diversification des actions portées par le MSSS et l'ASSSMCQ pour améliorer la situation dans les urgences, cela ne semble pas complètement porter fruit. D'ailleurs, les dernières données du CSBE (2017b) indiquent que les patients qui ont fait au moins trois visites à l'urgence représentent 16 % de l'ensemble des utilisateurs de l'urgence, soit une augmentation de 5 % comparativement à 2012. Un GCSU qui

consultent de façon répétée dans une ou plusieurs urgences, pourrait être le résultat de besoins biopsychosociaux non comblés lors des visites initiales. Il est donc possible que la question de la prise en charge des GCSU doive, non seulement porter sur un objectif d'amélioration dans les urgences, mais aussi sur la prise en compte des besoins biopsychosociaux qui influencent l'état de santé des GCSU.

État de santé

Définition de l'état de santé

Dans la Déclaration d'Alma-Ata (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1978) sur les soins de santé primaire, les membres de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires « affirme que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, est un droit [...] et suppose la participation de nombreux secteurs [...]. (p. 2) ». Lorsque l'OMS affirme que la santé est un droit, l'infirmière et les autres professionnels de la santé ont une responsabilité importante à cet égard. En effet, lors de l'évaluation de la condition physique et mentale d'un patient, l'infirmière doit procéder à l'évaluation globale des « facteurs qui ont une incidence sur la situation de santé du patient soit, l'environnement physique, social, culturel et spirituel » (OIIQ, 2016a, p. 30) et déterminer un plan d'intervention auquel le patient est en droit de recevoir pour améliorer ou maintenir sa santé.

État de santé des GCSU

Selon le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, outre la santé physique et mentale, le concept de l'état de santé d'une population inclut la perception de l'état de santé et la mesure de la mortalité (MSSS, 2010). Il en sera question dans la prochaine partie.

État de santé physique et mentale

Plusieurs études rapportent que les GCSU ont un état de santé précaire ainsi qu'un profil de vulnérabilité (Bodenmann et al., 2015; Moe et al., 2017). Il semblerait que plus le nombre de visites à l'urgence augmente plus l'état de santé des patients se complexifie (Castner et al., 2015; Doupe et al., 2012). Les GCSU présentent des maladies chroniques physiques et mentale. Le diabète, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont les antécédents apparaissant le plus fréquemment au profil des GCSU (Billings & Raven, 2013; Bodenmann et al., 2015; Doupe et al., 2012; Ginde et al., 2014; ICIS, 2014; Moe et al., 2015; Ondler et al., 2014; Vandyk, VanDenKerkhof, Graham, & Harrison, 2014). Les GCSU présentent des antécédents de santé mentale, tels que l'anxiété, le déficit cognitif, la dépression et les troubles de l'humeur (Castner et al., 2015; Costa et al., 2015; Wallace et al., 2014). De façon spécifiques aux personnes de 60 ans et plus, 26 % d'entre eux présentent des troubles mentaux (Kessler, Berglund et al., 2005, cités dans OIIQ, 2016b). Les personnes aux prises avec un problème de santé mentale présentent bien souvent des problèmes de santé physique. Une revue systématique indique d'ailleurs que les

diagnostics médicaux et la comorbidité font figure d'indicateurs prédictifs des visites à l'urgence (Wallace et al., 2014).

Perception de l'état de santé

La perception qu'un individu porte sur sa santé est un indicateur reconnu de l'état de santé globale d'une personne. Bien que subjective, des données probantes permettent de croire qu'un individu juge de sa santé selon les circonstances dans lesquelles ils se trouvent ou selon les pairs (Statistique Canada, 2016). Par ailleurs, certains auteurs affirment qu'un individu qui a une perception négative de sa santé présente davantage de risque de consultation à l'urgence (Khan et al., 2011; Wallace et al., 2014). En effet, les personnes ayant visité l'urgence à au moins une reprise ont une perception moyenne ou mauvaise de leur santé (Bodenmann et al., 2015; Ginde et al., 2014; Khan et al., 2011; Lecours, 2013; Moe et al., 2015).

Mortalité

La mortalité est bien souvent la principale et la plus importante mesure de la gravité d'un problème dans une communauté ou chez un individu (MSSS, 2010). Les GCSU ont un taux de mortalité jusqu'à trois fois plus élevé que les patients qui ont visité l'urgence à une seule reprise (Moe et al., 2015). De façon plus spécifique, les patients, qui ont visité l'urgence à au moins sept reprises, ont deux fois plus de probabilité de mourir six mois suivant leur dernière visite à l'urgence qu'un patient ayant effectué quatre visites et moins (Doupe et al., 2012). De façon globale, les patients présentant un trouble de santé mentale ont une espérance de vie réduite de près de 20 ans (OIIQ, 2016b).

Bref, ce portrait de l'état de santé laisse croire qu'un certain nombre de besoins existent ou peuvent émerger au sein de la population des GCSU. Pensons simplement à l'auto-gestion des maladies chroniques, à la complexité des besoins de santé de la personne âgée ou à la compréhension et l'utilisation d'un nouveau médicament. Comme les GCSU présentent un état de santé complexe, il serait intéressant de savoir si des services sont disponibles pour répondre à leurs besoins de santé.

Services de santé et services sociaux offerts aux GCSU

Le système de santé et de services sociaux est composé de multiples professionnels de la santé œuvrant dans différents milieux de santé, dont l'urgence et le milieu communautaire. Globalement, le fonctionnement du système vise à ce que tous aient accès à des soins et des services de qualité. En ce sens, le système de santé et services sociaux est un déterminant important de la santé.

Les programmes/services offerts de façon spécifique aux GCSU sont quasi inexistants du plan stratégique du MSSS (2017). Tout de même, pour diminuer l'utilisation excessive de l'urgence et améliorer la situation de l'urgence, le plan prévoit la création de super-clinique pour faciliter l'accès au médecin de famille et aux services de prélèvements, d'imagerie médicale et de consultation spécialisée. Si l'affiliation et la continuité des soins avec le médecin de famille est importante, il semble que la décision de consulter à l'urgence ne relève pas de l'accès au médecin de famille mais plutôt de l'accessibilité des soins et des plateaux techniques (Doran et al., 2014; Khan et al., 2011;

Rising, Padrez, et al., 2014). En effet, les patients considèrent que leur état de santé est urgent que cela nécessitera l'utilisation d'examen diagnostiques.

La situation dans les urgences étant tributaire d'un accès facilité à la première ligne (CSBE, 2017a). Le CSBE souhaite que la proportion des premiers services sociaux en mission CLSC soit dispensés dans les délais prescrits. À ce titre, il arrive fréquemment que le personnel de l'urgence soit les premiers à détecter une maladie chronique, le Cadre de référence en maladies chroniques préconise une référence et un suivi rapide avec les intervenants de la mission CLSC afin d'éviter des visites injustifiées à l'urgence. (MSSS, 2012). Bien que cette donnée ne soit pas spécifique aux GCSU, les données indiquent qu'entre 2014-2015 et 2016-2017, « la proportion des visites à l'urgence pour lesquelles le patient a pu être réorienté dans la communauté est passée de 2,2% à 3,8% » (CSBE, 2017a). Toutefois, selon Karam et al. (2015), le simple fait de référer un patient serait inefficace pour permettre le contact entre le patient et l'intervenant et ainsi espérer diminuer le nombre de visites à l'urgence. D'autant plus que beaucoup d'indicateurs prédictifs existent, il devient donc difficile pour les intervenants de l'urgence de cerner l'ensemble de ceux-ci.

La Loi sur la santé publique stipule que le réseau de la santé doit mettre en place des actions qui peuvent empêcher les effets des facteurs de risque, et plus particulièrement chez les clientèles vulnérables, afin de maintenir ou d'améliorer l'état de santé (MSSS, 2015). Pour les patients souffrant de trouble mental grave, le suivi intensif dans le milieu

(SIM) et le soutien d'intensité variable (SIV) sont des services de soutien offert dans le milieu de l'usager selon les besoins des personnes. Ces approches contribueraient ainsi à réduire le recours aux services d'urgence (MSSS, 2017). Les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète sont responsables de 63 % des décès dans le monde (OMS, 2017b). La population québécoise connaît une hausse de la prévalence des maladies chroniques et les GCSU n'en font pas exception (MSSS, 2017). Pour contrer ses maladies, le MSSS entend agir sur certains déterminants sociaux dont le non-tabagisme, la saine alimentation et la pratique d'activités physiques. D'ailleurs, depuis 2012, le Cadre de référence en maladies chroniques propose un modèle d'intervention préventif axé sur ces déterminants sociaux ainsi qu'un axe curatif, sous forme de gestion de cas, destiné aux personnes atteintes de maladie chronique. Ce modèle curatif fait d'ailleurs l'objet de sujet d'études.

Hudon, Chouinard, Lambert, Dufour, et Krieg (2016) ont réalisé une revue de littérature sur l'efficacité de la gestion de cas chez les GCSU. Onze études ont été sélectionnées et trois études font état de résultats concernant l'état de santé du patient, soit l'effet d'interventions sur la consommation d'alcool et de drogues, la satisfaction des patients et le fonctionnement psychologique. Cependant, les résultats ne démontrent aucun changement chez les patients. De plus, les résultats de la revue indiquent que les interventions axées sur les buts et les besoins du patient étaient les moins documentés. Il

est possible de croire que si les besoins des patients étaient pris en compte, des changements positifs auraient pu s'opérer au niveau de l'état de santé.

Or, différents éléments peuvent nuire à l'accès et à la qualité des services offerts aux GCSU. Tout milieu de soins confondus, les données de la métaanalyse de Pascoe et Richman (2009) indiquent que de percevoir de la discrimination de la part des professionnels de la santé est associé à une mauvaise santé physique et mentale. Tel que défini plus tôt, le service d'urgence sert à traiter des cas urgents. Or, les cas très urgents ne représentent que 10 % à 14 % des consultations chez les GCSU (Geurts et al., 2012; Moe et al., 2013). La pertinence pour un individu d'effectuer une visite à l'urgence peut donc rapidement être remise en question par les professionnels de l'urgence. Le jugement et la perception négative des professionnels de la santé à l'égard de ces patients peuvent influencer la qualité des soins et services reçus (Althaus et al., 2011; OMS, 2017a; Tricco et al., 2014) et ultimement, l'état de santé (Baggio et al., 2015; Mautner et al., 2013). La discrimination liée à la santé mentale peut empêcher un individu de recevoir les services requis par son état de santé, il est donc probable qu'il en soit de même pour les GCSU (OIIQ, 2016b).

La continuité des soins, dont le partage d'information entre les professionnels de l'urgence et les intervenants de la communauté, est un déterminant important de la santé et particulièrement pour les patients vulnérables, en effet, une continuité des soins efficace est un gage de qualité des soins (CSBE, 2017a). Or, le rapport du CSBE indique

qu'aussi peu que 9 % des médecins de famille sont toujours informés des changements à l'état de santé de leurs patients lors des visites à l'urgence.

Dans une perspective de continuité des soins, Vat et al. (2015) ont conduit une étude qualitative afin de comprendre pourquoi les patients d'une unité de médecine consultaient à l'urgence peu de temps suivant un congé de l'unité de médecine. Pour ce faire, elles ont questionné les patients et comparé les données obtenues à celles de l'outil d'évaluation du risque de consulter à l'urgence utilisé sur l'unité de médecine. Les patients ont affirmé qu'ils avaient peu de soutien à domicile pour les aider à gérer leur maladie et que les consignes données lors du congé étaient insuffisantes. Les auteures soulignent que les besoins rapportés par les patients diffèrent des données obtenues par l'outil utilisé par les infirmières. Il peut donc être difficile d'offrir des services aux patients pour des besoins non-considérés.

Une revue systématique des modèles de prédiction du risque d'admission à l'urgence a été réalisée (Wallace et al., 2014). Les auteurs ont retenu 27 modèles. Plus de 80 % des modèles concernent les diagnostics médicaux, la priorité d'urgence ainsi que l'âge et 18 études incluent le genre. Seulement deux études incluent la présence d'une forme de soutien social et aucune ne prend en compte les éléments stressseurs de la vie. Moe et al. (2015) soutiennent que les GCSU sont une population hétérogène (GCSU âgés, GCSU avec des maladies chroniques physiques, GCSU avec des antécédents de santé mentale) présentant des besoins complexes. Soril et al. (2015) affirme d'ailleurs qu'il faut sortir

du cadre d'interventions standardisées et axé la pratique sur des interventions individualisées.

La grande majorité des études s'accordent pour dire que les GCSU ont des antécédents de santé physique et mentale ainsi qu'un profil hétérogène (Moe et al., 2015). Ce constat, combiné au fait que les GCSU consulte dans un milieu de soins épisodique, complique la réponse à leurs besoins et peut avoir des répercussions sur l'état de santé des GCSU. Il est donc plausible que certains patients quittent l'urgence sans que l'ensemble de leurs besoins biopsychosociaux ne soient adressés ou comblés. Cette situation est très préoccupante et illustre l'importance d'étudier davantage le lien entre certains déterminants sociaux et l'état de santé des GCSU.

Déterminants sociaux et état des connaissances

L'état de santé d'une population est influencé par une multitude de facteurs nommés les déterminants sociaux de la santé. Selon l'OMS (2018), les déterminants sociaux sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que l'efficacité des systèmes mis en place pour faire face à la maladie. ». Par exemple, bien qu'il soit reconnu que la médication ou les soins spécialisés contribuent à la santé et au bien-être, le système de santé n'est qu'un des nombreux déterminants qui influence la santé. En effet, il semble que 25 % de l'état de santé soit attribuable au système de santé et que 65 % soit lié aux milieux et aux conditions socioéconomiques dans lesquels les gens vivent (ASSSMCQ, 2014; The

Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology, 2001). Le Gouvernement du Canada précise que le statut social, le soutien social, l'emploi, les milieux de vie et le genre sont des exemples de déterminants sociaux qui influencent la santé. De nombreux auteurs considèrent que les meilleures pratiques pour améliorer la santé sont des actions sur les déterminants sociaux de la santé (INSPQ, 2016). Le système de santé a donc un rôle stratégique dans la reconnaissance des besoins des GCSU.

Cette section s'intéresse donc à l'état des connaissances sur les GCSU et les déterminants sociaux. La recension a permis d'identifier les principaux thèmes étudiés autour de ces concepts. Des centaines d'études ont été réalisées à l'égard des GCSU. Bien que bon nombres d'auteurs reconnaissent que des facteurs biologiques, sociaux ou organisationnels peuvent influencer l'état de santé des GCSU (OIIQ, 2016b; OMS, 2017b). Peu de recherches traitent de façon globale des GCSU et des déterminants sociaux. Au terme des lectures des articles, différents éléments se sont avérés intéressants à investiguer dans cette recension. Il semble donc pertinent d'examiner l'importance des déterminants sociaux sur l'état de santé.

Il est évident et reconnu que l'âge et certains comportements de santé peuvent influencer la santé et contribuer au développement de différentes maladies. Or, il est aussi admis que certains comportements de santé sont le résultat de conditions ou de situations dans lesquelles les gens vivent (Wilkinson & Marmot, 2004). La prochaine

partie se consacrera aux déterminants sociaux suivants soit les caractéristiques biologiques, les habitudes de vie et les comportements, les caractéristiques socioéconomiques, le milieu, le soutien social et l'éducation / littératie.

Les caractéristiques biologiques sont des déterminants sociaux tels que l'âge et le genre, qui ont un impact sur la santé et qui créent différents besoins. De la petite enfance en passant par le vieillissement, l'âge est un déterminant important de la santé par lequel des interventions appropriées sont réalisées. Par exemple, la proportion de visites à l'urgence par des aînés est corrélée avec le vieillissement de la population (CSBE, 2017b). En effet, la population des 75 ans et plus est celle dont la consommation des services de l'urgence augmente le plus (CSBE, 2014). Il est attendu que le personnel de l'urgence a un rôle à jouer dans l'évaluation des besoins de l'ensemble des patients et particulièrement des aînés (MSSS, 2016; Lee et al., 2015). En effet, suivant une visite à l'urgence, un aîné serait davantage à risque de déclin fonctionnel et d'hospitalisations subséquentes (Horney et al., 2012). Bien que l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier soit actuellement dispensée à travers le Québec (MSSS, 2011) et qu'un outil de détection de la perte d'autonomie soit disponible, il ne semble pas y avoir d'évaluation et d'intervention systématique chez les aînés qui quittent l'urgence (Lee et al., 2015). Les données indiquent que les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 15 % des visites ambulatoires et 40 % des visites sur civières (CSBE, 2014). Il est donc intéressant de vérifier si cet outil est utilisé à l'urgence et quels sont les services reçus par les aînés.

Bien que peu d'études fassent spécifiquement état du genre et des GCSU. Il est reconnu que les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes besoins de santé. Par exemple, les hommes sont plus exposés aux décès prématurés à cause de certains cancers et du suicide (ASPC, 2013). Les femmes, quant à elles, seraient confrontées à la dépression et au stress excessif causés par la recherche de l'équilibre entre le travail et la vie de famille (ASPC). Les données indiquent qu'il y a autant d'hommes que de femmes chez les GCSU (Billings & Raven, 2013; Bodenmann et al., 2015; Castner et al., 2015; Ginde et al., 2014; ICIS, 2014; Moe et al., 2013). Il y a donc lieu de reconsidérer le genre d'un GCSU comme déterminant qui influence la santé.

Il est reconnu que certaines habitudes de vie et comportements tels que l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues peuvent avoir une influence négative sur la santé. D'ailleurs maintes études sur les GCSU en font leur principal sujet de recherche. Selon certains auteurs, l'adoption de tels comportements augmentent les risques de consultation à l'urgence (Bodenmann et al., 2015; Castner et al., 2015; Geurts et al., 2012; Grimmer-Somers et al., 2010; Moe et al., 2013; Ondler et al., 2014). Les résultats de l'étude de Castner, Wu, Mehrok, Gadre et Hewner (2015) indiquent que plus l'état de santé des GCSU se complexifie plus l'abus de substances, l'usage du tabac et les diagnostics de troubles mentaux augmentent. Il y a donc lieu de se questionner sur la façon dont les besoins des GCSU sont pris en compte et de vérifier les services qui leurs sont offerts. Bien qu'il soit pertinent de s'attarder à ses questions, il est nécessaire de

poursuivre la compréhension des déterminants sociaux. D'ailleurs, Mikkonen et Raphael (2011) affirment que les programmes de saines alimentation et d'activité physique ne tiennent pas ou peu compte des causes ou des déterminants sociaux à l'origine des maladies. En effet, tel que mentionné auparavant, l'adoption de comportements néfastes est bien souvent le résultat de niveau de stress élevé (Mikkonen & Raphael, 2011). La prochaine section s'intéresse aux caractéristiques socioéconomiques et aux milieux.

Les caractéristiques socioéconomiques réfèrent, entres autres, aux revenus, au niveau d'éducation ou aux indices de défavorisation (Shaw, 2006). Ce sont des déterminants qui influencent la santé physique et mentale des individus (Wilkinson & Marmot, 2004). Selon certains auteurs, les GCSU présente un profil socioéconomique précaire (Kangovi et al., 2013; Stanhope, Lancaster, Jessup-Falcioni, & Viverais-Dresler, 2010; Tozer, Belanger, Moore, & Caudle, 2014; Vanstone et al., 2014). Un contexte de pauvreté génère un niveau élevé de stress physique et psychologique causé par de l'insécurité alimentaire, un emploi instable ou de la discrimination lié à leur condition (Mikkonen & Raphael, 2011). Par ailleurs, de telles conditions perturbe les systèmes hormonal et métabolique, favorisent le développement de maladies chroniques et élèvent le taux de mortalité (Brunner & Marmot, 2011; Mikkonen & Raphael, 2011). La précarité socioéconomique serait davantage associée à l'utilisation de l'urgence qu'au fait de ne pas avoir accès à un médecin de famille (Khan et al., 2011). Le CEPE (2009) fait état d'un « bon nombre d'indicateurs pouvant révéler diverses facettes de la pauvreté » (p. 59), tels que le territoire, l'éducation / littératie, le travail, le logement, la justice et la

sécurité. La pauvreté et l'exclusion sociale peuvent être révélées par une seule de ces dimensions, ou par une combinaison de plusieurs d'entre elles (CEPE). Comme les GCSU sont considérés comme une population vulnérable, il semble donc approprié d'étudier de façon plus approfondie l'aspect socioéconomiques des GCSU.

Le milieu ou le territoire est « un lieu et un contexte social où les gens vivent, apprennent et travaillent » (MSSS, 2010, p. 12). Ce contexte influe sur l'acquisition ou non de comportements de santé (CEPE, 2014; Shaw, 2006). Par exemple, les circonstances dans lesquelles un enfant vit et grandit influenceront non seulement sa santé, la santé de l'adulte en devenir mais l'utilisation qu'il fera des services de santé (Blane, 2006). D'ailleurs, deux études qualitatives indiquent que des patients avec une histoire d'instabilité familiale, d'abus et d'insécurité alimentaire ont par ailleurs, développé une problématique de consommation et visitent davantage l'urgence (Kangovi et al., 2013; Mautner et al., 2013). Il est reconnu que les personnes vivant dans un milieu précaire sont aussi ceux dont l'état de santé est le plus faible et ce, peu importe le problème de santé (Boisvert, Lemay, & Pepin, 2015). En effet, les patients de milieux défavorisés présentent 45 % plus de risques de développer une maladie cardiovasculaire que les individus résidant dans les quartiers favorisés (Vanasse, Courteau, Asghari, Leroux, & Cloutier, 2014). Le niveau socioéconomique et l'état de santé influence la disponibilité du soutien social (ISQ, 2011).

Le soutien social, reconnu comme un déterminant protecteur de la santé, se rapporte à l'aide matérielle, au support émotif ou à la dispensation d'informations, offerts par la collectivité, la famille ou les amis (ASPC, 2013). Le milieu dans lequel les gens vivent influence la santé au même titre qu'un réseau social positif améliore la santé à la maison ou au travail. Il est d'ailleurs reconnu que le soutien social tient un rôle majeur chez les patients atteints du cancer, en effet, il agirait comme tampon en diminuant les effets du stress sur la santé (Usta, 2012). Il semblerait aussi que le soutien social puisse favoriser le rétablissement de maladies et diminuer le risque d'angine (ASPC, 2013; Wilkinson & Marmot, 2004). En revanche, un aîné qui vit de l'isolement est plus susceptible de chuter et a jusqu'à cinq fois plus de risque d'être hospitalisé. Selon le Conseil national des aînés [CNA] (2017), 16 % des aînés vivent de l'isolement et près de la moitié des aînés utilisant de façon répétée des soins de santé primaire vivent aussi de l'isolement social (Hand et al., 2014). La perte d'un époux, un faible revenu ou vivre dans un quartier défavorisé ne sont que quelques exemples de facteurs de risque d'isolement chez l'aînés (CNA, 2017).

Il est possible que l'isolement puisse contribuer à la hausse des visites à l'urgence (Wallace et al., 2014), en effet, un individu disposant de peu de soutien social présente une prédisposition à la dépression, une augmentation de la prévalence de maladies chroniques et de décès prématuré (ISQ, 2011; Wilkinson & Marmot, 2004). L'absence de soutien social aurait le même effet sur la santé que de fumer la moitié d'un paquet de cigarettes par jour (CNA, 2017). L'ISQ (2011) a étudié la relation entre le soutien social

et la santé. Les données indiquent que moins un individu est en santé, moins il y a de soutien social disponible. De plus, les données montrent que 15 % des personnes sans diplôme d'études secondaires et 21 % des personnes ayant un faible revenu disposeraient de peu de soutien social. Il est donc pertinent de rechercher si les GCSU présentent des éléments d'un faible soutien social.

Le niveau d'éducation augmente les possibilités d'emplois, contribue à la santé et influence la capacité à résoudre des problèmes (ASPC, 2013). Cependant, l'absence d'un diplôme d'études secondaires est identifiée comme l'un des facteurs déterminants des difficultés d'intégration sur le marché de l'emploi et, souvent, de la pauvreté qui en découle. L'évolution des clientèles à la sécurité du revenu permet d'observer très nettement le lien qui existe entre la présence à l'aide sociale et le fait de ne pas avoir terminé son secondaire. De façon comparable au Québec et aux États-Unis, plus du tiers des patients qui ont consulté au moins une fois à l'urgence sont sans emploi, ne possède pas de diplôme d'étude secondaire et doivent composer avec un faible revenu (Ginde et al., 2014; Khan et al., 2011; Lecours, 2013; Ondler et al., 2014).

Le niveau d'éducation est aussi en lien avec la littératie en santé. La littératie se définit comme la capacité d'obtenir, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information de façon à améliorer sa santé (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014; Rootman, 2004). Au Québec, 66 % de la population, âgée de 16 ans et plus, ne possède pas le seuil minimal de littératie en santé (ISQ, 2012). Ces données sont

alarmantes pour plusieurs raisons. Premièrement, un rapport d'enquête québécois sur l'alphabétisation affirme que la majorité des patients à qui s'adresse les activités d'autogestion de la maladie n'ont pas le seuil minimal en littératie pour y arriver (ISQ, 2012). Il est donc possible que les informations données ne soient pas comprises, affectant du coup la compliance aux traitements (Karam et al., 2015). Deuxièmement, une étude relève que la moitié des patients retournant à l'urgence seraient incapables de nommer leur diagnostic, l'effet de la médication et le plan de traitement (Vat et al., 2015). Il n'est donc pas étonnant d'apprendre qu'un faible niveau de littératie peut engendrer une hausse de l'utilisation des services de santé dont, les hospitalisations (Griffey, Kennedy, McGownan, Goodman, & Kaphingst, 2014; Harris et al., 2015; Schumacher et al., 2013).

Selon Johnson (2014), les professionnelles de la santé surestimeraient les connaissances des patients sur leur santé et leur niveau de littératie. Ceci explique peut-être le désalignement entre les besoins des patients et les services (Castner et al., 2015), en effet, comment combler un besoin qu'on peine à reconnaître. Conséquemment, le manque de soutien et d'information lors du congé de l'hôpital augmenteraient les réadmissions à l'hôpital et certains patients associent leur retour à l'urgence à une incompréhension de leur condition de santé et un manque de support et d'information (MacNaughton-Doucet, 2013; Rising, Victor, Hollander, & Carr, 2014). Par conséquent, Doran et al. (2014) soulignent le danger de tenter de dissuader les patients de ne pas

consulter à l'urgence puisque ceux-ci semblent avoir de la difficulté à juger de la gravité de leur état.

Finalement, l'analyse des écrits sur l'éducation et la littératie indique que cet indicateur influence non seulement le développement d'une situation de pauvreté mais aussi l'état de santé. D'ailleurs, le niveau de littératie en santé est considéré par l'OIIQ comme un des principaux phénomènes d'intérêt dans la pratique de l'infirmière en santé mentale. Il est donc plausible de penser que cet indicateur soit aussi présent chez les GCSU.

Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants

Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, qui sera présenté en détail au chapitre suivant, a été élaboré afin de connaître l'évolution de l'état de santé de la population et offrir des services appropriés. Ce cadre est utilisé comme cadre de référence, principalement dans le domaine de la surveillance en santé publique et les différents concepts du cadre font régulièrement l'objet d'études. Le cadre s'appuie entre autres sur le rapport Lalonde. Ce rapport suggère de sortir du modèle traditionnel de soin axé sur la maladie et de se centrer sur une conception globale de la santé, c'est-à-dire de considérer différents éléments qui influencent la santé soit, la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé (Lalonde, 1974).

Pour améliorer la santé des québécois, le Cadre considère la santé comme un concept qui varie dans le temps et dans l'espace. En effet, la santé change selon les caractéristiques individuelles d'une personne, le milieu dans lequel elle vit, les services auxquelles elle a accès et selon différents contextes globaux. La finalité du cadre est d'améliorer la santé par des actions diverses, intersectorielles et en amont des problèmes de santé. Une des composantes du rôle infirmier est d'exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques (OIIQ, 2016b). En effet, en surveillant l'état de santé du patient, l'infirmière évalue et anticipe les besoins en examinant les facteurs de risque compris dans son environnement et défend les droits des patients en s'assurant que ceux-ci aient accès aux ressources requises par son état de santé. Le cadre conceptuel est une opportunité pour les infirmières de considérer un problème individuel et d'intervenir de façon macro pour influencer l'état de santé d'un groupe de personnes.

En somme, les besoins des GCSU ne semblent pas entièrement considérés et les services ne semblent pas totalement correspondre aux besoins. Selon Veillard (2014), il faut que des interventions en amont et en aval soient disponibles. Il est donc important d'étudier les besoins potentiels des GCSU et la façon dont le réseau répond aux besoins biopsychosociaux des GCSU.

Chapitre 3 : Cadre théorique

Ce chapitre présente le cadre de référence qui a servi de modèle pour ce projet de recherche. Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants élaboré par le (MSSS, 2010) est présenté de façon globale pour ensuite traiter des composantes qui sont utiles pour le travail de recherche. Ce cadre permet de mettre en lumière qu'un nombre important de facteurs, nommés déterminants, influencent l'état de santé d'une population.

L'Organisation mondiale de la santé [OMS] définit les déterminants sociaux comme :

les conditions sociétales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces déterminants englobent les expériences vécues dans les premières années de la vie, l'éducation, le statut économique, l'emploi, le travail décent, le logement et l'environnement, et l'efficacité des systèmes de prévention et de traitement des maladies. (2011, p. 2).

Le cadre conceptuel, illustré à la Figure 1, indique que l'état de santé d'une population est tributaire de quatre grands champs, soit : le champ des caractéristiques individuelles, le champ des milieux de vie, le champ des systèmes et le champ du contexte global. Chacun de ces champs est divisé en catégories et sous-catégories. La

Figure 2 présente d'ailleurs un exemple d'un champ détaillé portant sur les caractéristiques individuelles. Les différentes sous-catégories ont été utilisées pour élaborer la base de données qui sera présentée dans le chapitre portant sur la méthodologie. Tel qu'illustré par le cadre, les champs évoluent dans le temps et dans l'espace puisque les choses changent et qu'un déterminant n'aura pas le même impact d'un endroit à l'autre voire, d'une personne à l'autre.

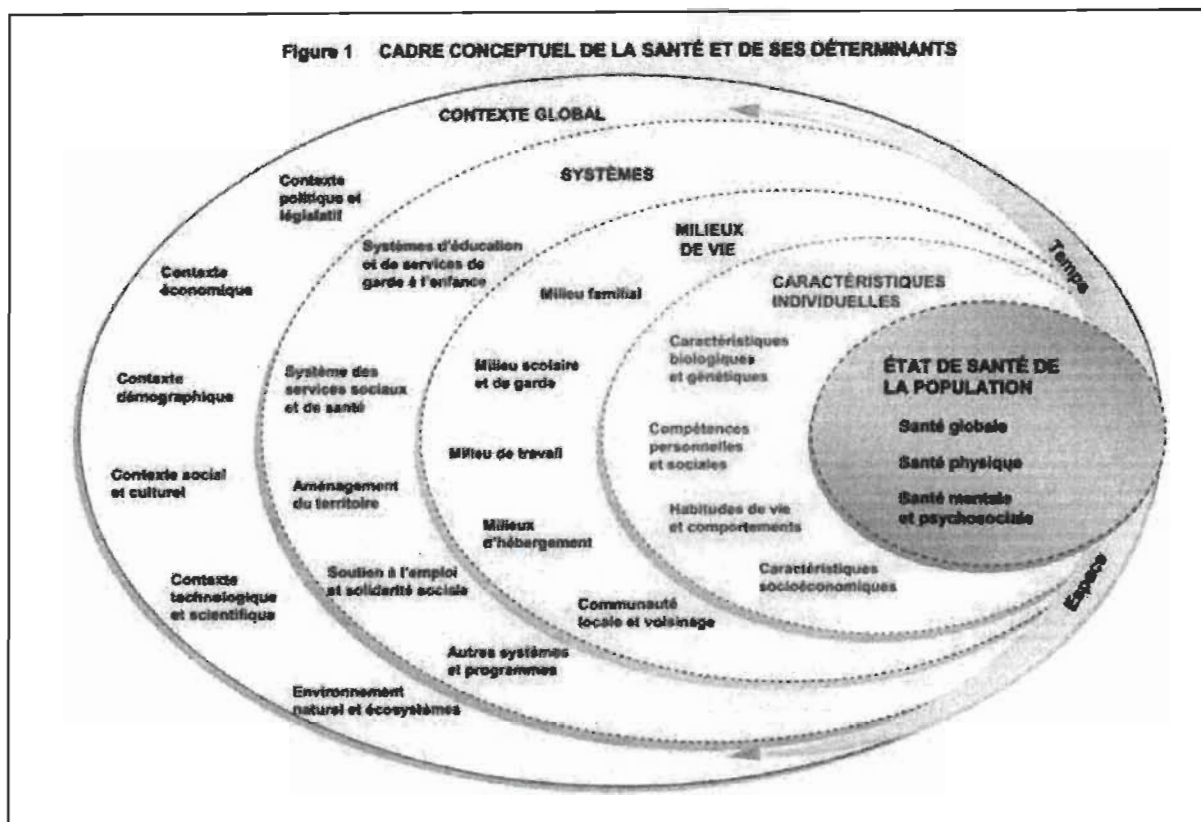


Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du MSSS.

Champ des CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES	
Caractéristiques biologiques et génétiques	Habitudes de vie et comportements
<ul style="list-style-type: none"> • Âge et sexe • Particularités génétiques • Imprégnation biologique • Statut immunitaire et vaccinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition, alimentation • Mode de vie actif • Tabagisme • Pratiques sexuelles • Consommation d'alcool • Consommation de drogues, de médicaments ou d'autres psychotropes • Jeux de hasard et d'argent • Hygiène et soins • Participation aux services préventifs • Comportements sécuritaires (pratique sportive, conduite de véhicules, sécurité au travail...) • Attitudes • Voyages
Caractéristiques socioéconomiques	Compétences personnelles et sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Type d'emploi • Revenu individuel • Niveau de scolarité • Statut socioéconomique • Insécurité alimentaire • Origine ethnoculturelle et langue 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacités physiques • Habiletés cognitives • Compétences sociales • Résilience • Sentiment de contrôle • Sentiment de sécurité • Connaissances sur la santé • Littératie

Figure 2 : Champ des caractéristiques individuelles, catégories et sous-catégories.

L'état de santé, les quatre champs ainsi que les catégories et sous-catégories qui composent le cadre conceptuel sont définis dans les sections suivantes.

État de santé de la population

La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie (OMS, 1978). Dans le cadre conceptuel, l'état de santé inclut la santé globale, la santé physique et la santé mentale et psychosociale. La santé globale inclut la mortalité, l'espérance de vie ou la perception d'une personne face à son état de santé physique et mentale. La santé physique englobe l'ensemble des maladies des différents systèmes et la santé mentale et psychosociale correspond aux composantes positives (ex. : vision positive de la vie) ou négatives (ex. : troubles mentaux) de la santé mentale. Il est reconnu que la santé d'une population ou d'un individu est influencée par des déterminants sociaux qui influenceront, à leur tour, les choix et les comportements des gens. La prochaine section décrit les champs

Déterminants sociaux

Le premier champ, celui des caractéristiques individuelles comprend quatre catégories d'éléments influençant l'état de santé : 1) les caractéristiques biologiques et génétiques, 2) les compétences personnelles et sociales, 3) les habitudes de vie et les comportements, ainsi que 4) les caractéristiques socioéconomiques. Chacune des catégories comprend des sous-catégories.

Les caractéristiques biologiques et génétiques, telles que l'âge, le sexe et les maladies héréditaires agissent sur les individus à différents moments de leur vie. Selon le parcours des individus, des compétences personnelles et sociales se développeront afin de répondre aux différents aléas de la vie. Parmi les compétences, les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales sont des ressources indéniables pour communiquer, résoudre des problèmes et établir des relations sociales de qualité (MSSS, 2010). Les habitudes de vie et les comportements, tels que la consommation tabagique, de drogues et d'alcool ainsi que la participation aux services préventifs ne sont que quelques exemples de comportements qui agissent directement sur la santé. Considérés comme une responsabilité individuelle, il est admis que le choix des habitudes de vie est influencé par les conditions socioéconomiques, le milieu de vie, les systèmes et le contexte global (Mikkonen & Raphael, 2011; MSSS, 2010). Finalement, les caractéristiques socioéconomiques telles que la scolarité, le revenu ou le fait de travailler ou non influencent l'état de santé physique et mentale des individus (Mikkonen & Raphael, 2011; Shaw, 2006).

Le second champ, nommé les milieux de vie, sont des milieux où les gens vivent, travaillent ou interagissent entre eux et qui peuvent entraver ou favoriser leur développement et leur santé (Stafford, 2006). Ce champ inclus, 1) le milieu familial, 2) le milieu scolaire et le milieu de garde à l'enfance, 3) le milieu de travail, 4) les milieux d'hébergement et 5) la communauté locale et le voisinage (MSSS, 2010).

Le milieu familial tel que la structure familiale, les relations dans la famille, le soutien social et les conditions matérielles et socioéconomiques dans lesquelles vivent les individus, tient un rôle capital dans le développement global des enfants. L'influence du milieu familial se fait sentir dans le choix des habitudes de vie, et ce, tout au long de la vie (MSSS, 2010). Le milieu scolaire et le milieu de garde à l'enfance comprennent l'ensemble des milieux d'enseignement et incluent les ressources et les services éducatifs offerts ainsi que la sécurité des lieux et la qualité des relations entre les jeunes, les parents et le personnel (MSSS, 2010). Le milieu de travail influence la santé physique et mentale des individus selon que l'environnement est plus ou moins sécuritaire, que le travailleur dispose de soutien social ou non de la part de son employeur ou que l'individu ait peu de contrôle sur son travail (MSSS, 2010). Les milieux d'hébergement accueillent de façon temporaire ou permanente des personnes requérant des soins ou vivant des difficultés. La qualité des services offerts contribue au bien-être ou au rétablissement des personnes qui en bénéficient. La communauté locale et le voisinage correspondent aux conditions matérielles et sociales dans lesquelles se trouvent les milieux. Il est donc question de la sécurité du voisinage, la sécurité dans les déplacements ou de l'accessibilité aux services essentiels (MSSS, 2010).

Le troisième champ, celui des systèmes, couvre les grands systèmes qui découlent des cadres politiques et des valeurs d'une société. Il est regroupé en cinq catégories 1) le système d'éducation et de services de garde à l'enfance, 2) le système de services sociaux et de santé, 3) le système de soutien à l'emploi et de solidarité sociale, 4)

l'aménagement du territoire et 5) les autres systèmes et programmes qui relèvent d'instances nationales. Chacune des catégories agit sur le bien-être des individus.

Le système d'éducation et de services de garde à l'enfance a été mis en place pour faciliter le travail des organisations locales et permettre à l'ensemble des individus de jouir de services éducatifs accessibles et de qualité. Le système de services sociaux et de santé a pour mission de « maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (MSSS, , p. 1). Le système de soutien à l'emploi et de solidarité sociale a pour but d'aider les individus à intégrer le marché du travail et permettre aux individus de disposer d'une source de revenus leur permettant d'assurer leur bien-être (MSSS, 2010). L'aménagement du territoire émet des règles pour modifier ou non un environnement naturel. Finalement, les autres systèmes et programmes sont un système qui relève d'instances nationales, par exemple, les services de sécurité publique, les services municipaux, le programme de salubrité des aliments ou des programmes de surveillance de l'environnement.

Finalement, le champ du contexte global concerne l'ensemble des éléments qui façonnent l'organisation de la société (MSSS, 2012). Il comprend, entre autres, 1) les contextes politique et législatif (ex. : Loi sur la santé et les services sociaux), 2) les contextes social et culturel (ex. : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les

aînés), 3) le contexte économique (ex. : la création d'emplois), 4) le contexte démographique (ex. : l'exode rural, le taux de fécondité), 5) l'environnement naturel et écosystèmes (ex. : les sources d'eau de consommation, les formes de pollution) et 6) le contexte technologique et scientifique (ex. : le développement des connaissances) (MSSS, 2010).

Chacun des contextes influence l'ensemble des autres champs. Par exemple, la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSS) précise que pour atteindre la santé, des actions doivent être entreprises pour :

maintenir et améliorer la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. (2018, pp. 10, article 1,).

Champs, catégories et sous-catégories du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants utilisés dans l'étude

Pour une meilleure compréhension des déterminants susceptibles d'influencer l'état de santé des grands consommateurs de soins à l'urgence, le Tableau I illustre les éléments utilisés pour constituer la base de données. Parmi les cinq champs présentés, quatre champs seront à l'étude, soit l'état de santé, les caractéristiques individuelles, les milieux de vie et les systèmes. Pour chacun des champs précédemment nommés, des catégories et des sous-catégories ont été retenues en lien avec la revue de littérature.

Tableau I

Champs, catégories et sous-catégories du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants

Système	Milieux de vie	Caractéristiques individuelles	État de santé
Système des services sociaux et services de santé -types de services offerts	Milieu familial -état civil -soutien social	Caractéristiques biologiques -âge -sexe	Santé physique et mentale/psychosociale -maladies -composantes de la santé psychosociale
	Communauté locale et voisinage -milieu rural /urbain -indice socioéconomique	Habitudes de vie/comportements -tabagisme -consommation d'alcool et de drogues -jeux de hasard -participation aux services préventifs Caractéristiques socioéconomiques/Compétences personnelles -présence à l'aide sociale -niveau de scolarité -insécurité alimentaire -langue parlée -connaissances sur la santé	

État de santé

Dans le but d'obtenir un portrait de l'état de santé physique et mentale des GCSU, les sous-catégories suivantes seront utilisées : les maladies ainsi que les composantes de la santé mentale et psychosociale. Pour chacun des champs qui influencent l'état de santé, les catégories de déterminants et les sous-catégories retenues pour la recherche sont indiqués dans les sections suivantes.

Champ : Caractéristiques individuelles

Les caractéristiques biologiques : l'âge et le sexe sont les déterminants notés. Les habitudes de vie et comportements tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, les jeux de hasard et la participation aux services préventifs sont retenus. Les caractéristiques socioéconomiques / compétences personnelles permettent de décrire le recours à l'aide sociale, le niveau de scolarité, l'insécurité alimentaire, la langue parlée et les connaissances sur la santé.

Champ : Milieux de vie

Dans la catégorie du milieu familial, les éléments tels que l'état civil et le soutien social ont été retenus. En ce qui concerne la catégorie communauté locale et voisinage, les sous-catégories suivantes ont été retenues : le milieu rural ainsi que l'indice socioéconomique.

Champ : Systèmes

Pour répondre au deuxième objectif de la recherche les services offerts à l'urgence et en mission CLSC ont été retenus pour la catégorie des services sociaux et services de santé.

Chacun des champs, des catégories et des sous-catégories de déterminants influencent l'état de santé de la population. Dans le domaine des sciences infirmières, et plus particulièrement de l'examen clinique, on reconnaît l'influence des facteurs biologiques et environnementaux sur la santé (Jarvis, 2015) . D'ailleurs, « l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement [...]. » (OIIQ, 2016a, p. 27).

Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants reflète la réalité québécoise. Il permet de considérer un problème de recherche en santé comme une responsabilité collective. Son utilisation dans cette recherche permet d'avoir un portrait de l'état de santé des GCSU, de décrire les caractéristiques individuelles et le milieu dans lequel vit cette population. Le champ des services permet de décrire les services de santé offerts dans le temps aux GCSU et de voir si les services offerts correspondent au portrait des GCSU québécois. Il est donc possible de croire qu'une meilleure connaissance des déterminants sociaux qui influencent l'état de santé des GCSU permettra d'accroître les possibilités d'actions auprès de cette population et ce, à différents niveaux.

Chapitre 4 : Méthodologie

Cette section du mémoire traite de la méthodologie employée dans le but d'obtenir le portrait des déterminants sociaux qui influencent la santé des GCSU et de décrire les interventions et les services offerts, par les infirmières et les différentes catégories d'intervenants de l'urgence et de la mission CLSC auprès des GCSU. Ce chapitre fait état des différents éléments pris en considération afin de mener à terme ce projet de recherche. En première partie, le devis de recherche est présenté puis suivront la présentation de la population, du milieu de l'étude et des critères d'inclusion ainsi que l'échantillonnage, l'accès aux données et l'outil de collecte de données. Les définitions conceptuelles et opérationnelles, l'analyse de données, les considérations éthiques et les avantages et les limites de l'étude terminent ce chapitre.

Devis de recherche

Pour la présente recherche, une étude descriptive de type exploratoire a été retenue afin d'obtenir et d'analyser les déterminants sociaux qui influencent l'état de santé des GCSU. Puisque peu d'auteurs ont étudié le phénomène des GCSU selon la perspective globale des déterminants sociaux, cette approche a été privilégiée. Selon Fortin et Gagnon (2016), la recherche descriptive permet d'obtenir « un portrait précis des caractéristiques d'un groupe ou d'une situation particulière » (p. 291). Cette étude permettra donc d'améliorer les connaissances sur les déterminants sociaux qui

influencent l'état de santé des GCSU et sur les interventions et les services offerts, par les infirmières et les différentes catégories d'intervenants de l'urgence et de la mission CLSC.

Population, milieu de l'étude et critères d'inclusion

La population à l'étude est l'ensemble des patients qui ont consultés à l'urgence à dix reprises et plus au cours de la même année. Le milieu dans lequel a été effectuée cette recherche est une urgence de première ligne du CIUSSS-MCQ. Cette urgence est située dans la région Mauricie-Centre-du-Québec. Elle dessert principalement une population de 42 879 habitants vivant autant en milieu rural qu'urbain (Boisvert et al., 2015). La population étudiée devait répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus et 2) avoir effectué 10 visites et plus à l'urgence entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015. Dans le cadre du projet d'étude, la décision d'analyser une visite à l'urgence devait répondre à un des critères suivants : 1) le triage infirmière initial a été effectué et le sujet a consulté un médecin ou 2) le triage infirmière initial a été effectué et le sujet quitte avant la consultation médicale. Le choix de la fréquence des visites annuelles a été retenu afin d'être cohérent avec le modèle régional de gestion intégrée des maladies chroniques, inclut au Plan d'action stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En effet, le suivi et la coordination des patients cumulant 10 visites et plus à l'urgence s'insère dans le programme de gestion intégrée des maladies chroniques (ASSSMCQ, 2013).

Échantillon et technique d'échantillonnage

L'échantillon est composé de 30 sujets ayant consultés à l'urgence durant l'année financière 2014-2015. La taille de l'échantillon s'avère appropriée puisque le but de l'étude consiste à décrire un phénomène sous une perspective peu étudiée. Étant donné que 30 dossiers patients correspondaient aux demandes faites aux archives, aucune technique d'échantillonnage n'a été utilisée et les 30 dossiers ont été traités.

Accès aux données

Le Tableau II présente un résumé du déroulement de la recherche. Le projet de recherche s'est effectué à partir de données rétrospectives. Conformément à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le directeur des services professionnels a autorisé l'accès au dossier des sujets (Appendice A). Par la suite, le projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (Appendice B). Les données identificatoires ont été dépersonnalisées dès le début de la recherche. La collecte des données s'est déroulée entre janvier 2016 et mai 2016. La sélection des sujets à l'étude a été faite par le service des archives suite à la remise des critères d'inclusion. Pour chacun des 30 sujets, dix visites consécutives à l'urgence ont été étudiées afin de recueillir l'information sur les déterminants sociaux et les interventions réalisées à l'urgence. La collecte de données a débuté avec la première visite effectuée à l'urgence en date du 1^{er} avril 2014. Finalement, pour chacun des 30 sujets, des données concernant les soins et les services reçus en mission CLSC, durant la même période de temps, ont été recueillies.

Tableau II

Déroulement de la recherche

Activités	Dates
Obtention de l'autorisation du DSP	1 ^{er} décembre 2015
Dépôt initial du projet par le Comité éthique (CÉR)	21 janvier 2016
Autorisation du CÉR et de la directrice administrative de l'enseignement universitaire et de la recherche CIUSSSMCQ à réaliser la recherche	2 février 2016
Rencontre avec le service des archives	Février 2016
Collecte de données	Janvier 2016 à mai 2016
Analyse des données	Juin 2016 à octobre 2016

Outil de collecte de données

Afin d'atteindre les objectifs fixés pour ce projet de recherche, il a fallu procéder à l'élaboration de la base de données afin de recueillir les renseignements puisqu'il n'existe pas d'outil validé sur le sujet des GCSU et des déterminants sociaux. Le logiciel informatisé IBM SPSS a été utilisé pour effectuer la collecte de données, il s'agit d'un logiciel qui présente l'avantage de faciliter l'entrée des données. L'échelle nominale a été utilisée pour indiquer à quelle catégorie appartient une variable. Les catégories ont été codifiées par un nombre. Les catégories sont exhaustives et s'excluent mutuellement.

La création de l'outil s'est déroulée en trois étapes. Premièrement, la recension des écrits a permis de cibler des indicateurs qui précisent les dimensions des déterminants sociaux retenus et ce, en lien avec les données contenues dans le dossier-patient. Pour faciliter la collecte de données, la deuxième étape a été de placer en ordre chronologique les données recherchées, soit de l'arrivée du patient au triage à son départ de l'urgence et ce, pour les dix visites consécutives et de terminer avec les données concernant la mission CLSC (Appendice C). La dernière étape a été le prétest auprès d'un sujet choisi afin d'expérimenter l'outil de collecte de données et d'apporter les corrections si nécessaires. À la suite de ce prétest, une variable discrète nommée « raison de consultation » a été ajoutée pour décrire la raison pour laquelle le patient consulte à l'urgence.

Définitions conceptuelles et opérationnelles

Les définitions conceptuelles permettent de préciser la signification théorique d'un concept à l'étude alors que les définitions opérationnelles indiquent la manière dont les concepts seront mesurés dans l'étude. Les définitions de l'état de santé et des différents déterminants sociaux retenus sont donc clarifiées dans les prochains paragraphes.

Selon le cadre conceptuel, l'état de santé inclus, entre autres, la santé physique et la santé mentale et psychosociale. La santé physique regroupe l'ensemble des maladies des systèmes du corps humain. La santé mentale et psychosociale inclus les composantes positives et négatives de la santé mentale ainsi que les problèmes d'adaptation sociale. Les antécédents de santé ou antécédents médicaux sont des circonstances ou des faits

antérieurs à la maladie considérée, qui concernent l'état de santé du sujet examiné (Gouvernement du Québec, 2017). Pour mesurer l'état de santé physique des GCSU, les 21 classes de la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (CIM-10 Version : 2008 Français) (Appendice D) ont été utilisées et codifiées (ex. : 0 = antécédent de Maladies digestives n'apparaît pas dans le dossier; 1 = antécédent de Maladies digestives apparaît dans le dossier) pour la visite 1 et la visite 10 à l'urgence. Cette même Classification a été utilisée pour codifier les diagnostics médicaux de chacune des dix visites à l'urgence selon une échelle nominale.

Pour mesurer la santé mentale et psychosociale, la Classification décrite ci-haut a été utilisée pour décrire spécifiquement la présence d'antécédents de santé mentale ou de diagnostics d'anxiété et de trouble d'adaptation. Wilkinson et Marmot (2004) affirment que des situations stressantes telles que l'insécurité et l'isolement social sont dommageables pour la santé et peuvent entraîner des décès prématurés. Une lecture attentive des notes au dossier des professionnelles de la santé a permis de relever la présence de ces deux situations. Les 20 classes de médicaments de la liste de médicaments publiés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (2015) ont été utilisées et codifiées pour décrire la classe de médication que prend le patient à la visite un et à la visite dix sous forme de variable dichotomique. Chaque classe de médicament a été codifiée (ex. : 0 = classe de médicament Cardiovasculaires n'apparaît pas au dossier ; et 1 = classe de médicament Cardiovasculaires apparaît au dossier).

La recension des écrits a permis de cibler différents déterminants sociaux qui peuvent influencer l'état de santé des GCSU. Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants divise les déterminants sociaux en quatre champs et chaque champ est divisé en catégorie et sous-catégorie. Tel que présenté au Tableau III, les grandes catégories suivantes ont été retenues : les caractéristiques biologiques, les habitudes de vie et les comportements, les caractéristiques socioéconomiques et les compétences personnelles, le milieu familial, la communauté locale et les services sociaux et services de santé. Chacune de ces catégories se déclinent en sous-catégories.

Tableau III

Les déterminants sociaux

Les caractéristiques biologiques	Les habitudes de vie et comportements
Âge Sexe	Tabagisme Consommation d'alcool Consommation de drogue Autres (jeux de hasard, participation aux services préventifs)
Les caractéristiques socioéconomiques et compétences personnelles	Le milieu familial
Éducation / littératie Insécurité financière / alimentaire Langue parlée à la maison Connaissances sur la santé	État civil Soutien social
Communauté locale	Services sociaux et services de santé
Indice socio-économique Milieu urbain / rural	Système de santé

Pour décrire les déterminants sociaux qui influencent l'état de santé des GCSU et les interventions réalisées à leur égard, les définitions conceptuelles des variables abstraites sont présentées dans la partie suivante.

Le soutien social est un concept multidimensionnel et il exerce diverses fonctions, tel le soutien émotif, la valorisation, la dispensation d'informations ou d'une aide matérielle. Le soutien concret est une autre dimension du soutien social qui permet d'évaluer dans quelle mesure un individu dispose d'une personne pour l'accompagner chez le médecin en cas de besoin ou qui pourrait lui venir en aide si elle était malade (ISQ, 2011).

Caractéristiques socioéconomiques

Le CEPE (2009) indique que le territoire et l'éducation / littératie sont de bons indicateurs qui peuvent révéler diverses facettes de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Territoire et éducation / littératie

Pour la dimension territoire, l'indice socio-économique a été retenu en tant que variable classant en cinq catégories (très favorisée, favorisée, moyenne, défavorisée et très défavorisée) le niveau de défavorisation d'une communauté (Boisvert et al., 2015). Pour la dimension éducation/littératie, l'absence d'un diplôme d'études secondaires, la présence à l'aide-sociale et le faible niveau de connaissance sont les variables recherchées dans le dossier pour décrire cette dimension.

Insécurité alimentaire

Il y a insécurité alimentaire lorsque la capacité d'acquérir des aliments personnellement satisfaisants par des moyens socialement acceptables, est limitée ou incertaine (INSPQ, 2011).

Le système de santé

Le système de santé se définit comme toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir ou d'entretenir la santé. Le système de soins regroupe l'ensemble des services de santé qui ont pour principale fonction la prestation d'interventions préventives, curatives et palliatives, en réponse à des besoins spécifiques de santé des individus ou des populations (OMS, 2000).

Définition opérationnelle

Cette portion du chapitre précise la manière dont les variables seront étudiées et mesurées. Les éléments suivants du dossier-patient (formulaire triage, formulaire AH-280, notes infirmières de la mission CLSC et Module I-CLSC) ont été utilisés pour rechercher les données répondant aux objectifs de l'étude. Le Tableau IV présente les instruments de mesure des variables retenues et l'Appendice C présente la base de données qui a été constituée et les règles de mesure utilisées.

Pour le déterminant « système de santé », à chacune des visites à l'urgence, les priorités de triage (selon l'Échelle de triage et gravité), le moment et le jour de la visite à l'urgence et une variable de type chaîne « précision sur la raison de consultation » ont été recueillis. Pour répondre au deuxième objectif de recherche, soit de décrire les interventions et les services offerts par les infirmières et les différentes catégories d'intervenants de l'urgence et de la mission CLSC, les données suivantes ont été recueillies : le formulaire PRISMA7 complété au dossier des GCSU âgés de 65 ans et plus, l'affiliation ou non à un médecin de famille a été recherchée à la visite un et à la visite dix, de plus, lorsque les GCSU sont affiliés à un médecin de famille, il est vérifié si les épisodes de soins sont transférés au médecin de famille. Lorsque les sujets n'ont pas de médecin de famille, il est vérifié si un formulaire d'accès à un médecin de famille (GACO) est complété.

Tableau IV

Variables et instruments

Déterminants sociaux	Variables	Instruments de mesure
Caractéristiques biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (en date de la collecte de données) • Sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Données obtenues par l'archiviste
Habitudes de vie et comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme actif • Consommation d'alcool / drogue • Participation aux services préventifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Données obtenues dans le dossier-patient archivé
Caractéristiques socioéconomiques et compétences personnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Langue parlée à la maison • Éducation / littératie • Insécurité financière / alimentaire/accès aux soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Données obtenues dans le dossier-patient archivé • Données obtenues dans le dossier-patient archivé, les termes suivants ont été recherchés : Faible niveau d'éducation/absence de diplôme d'étude secondaire Faible niveau de connaissances en santé Présence à l'aide sociale Insécurité financière/alimentaire/accès aux soins

Tableau IV

Variables et instruments (suite)

Milieu familial	<ul style="list-style-type: none"> État civil 	<ul style="list-style-type: none"> Données obtenues dans le dossier-patient archivé
	<ul style="list-style-type: none"> Soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> Données obtenues dans le dossier-patient archivé : <ul style="list-style-type: none"> Être accompagné ou non à l'urgence (formulaire triage) Présence ou absence d'une personne à rejoindre en cas d'urgence autre que le conjoint (AH-280) Documenté textuellement qu'il y avait peu ou pas de réseau ou de soutien social (notes au dossier)
Communauté locale	<ul style="list-style-type: none"> Indice socio-économique Milieu urbain / rural 	<ul style="list-style-type: none"> Données obtenues dans le dossier-patient archivé : <ul style="list-style-type: none"> Ville de résidence et le code postal (AH-280)
Services sociaux et services de santé	<ul style="list-style-type: none"> Système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Données obtenues dans le dossier-patient archivé <ul style="list-style-type: none"> Échelle de triage et gravité, motif de consultation, raison de consultation, heure et moment de la visite à l'urgence) Enseignement infirmière Affilié à un médecin de famille GACO (AH-280 ou formulaire GACO) Mention : référée au médecin de famille (AH-280) PRISMA7 Évaluation des besoins et référence vers les services de la mission CLSC Soins et services reçus en mission CLSC (Module I-CLSC et notes au dossier : mission CLSC)

L'issue des visites à l'urgence (domicile, observation, transfert dans un autre centre), l'obtention ou non de prescriptions médicales, la réalisation ou non d'enseignement infirmière, la prise de contact des intervenants de l'urgence avec les intervenants de la mission CLSC, les soins et les services reçus en mission CLSC (dix premières interventions) tels que libellés par le système I-CLSC et les notes au dossier, ont été recueillis pour répondre au deuxième objectif de recherche.

Analyse de données

Des analyses statistiques descriptives (fréquences et proportions) ont été effectuées pour décrire les caractéristiques du portrait de l'état de santé des GCSU ainsi que pour décrire les déterminants sociaux qui influencent l'état de santé des GCSU.

Considérations éthiques

La recherche ne comporte aucun risque psychologique ou physique pour les participants puisque la recherche s'est effectuée à partir de données rétrospectives contenues dans les dossiers. Le projet de recherche a été soumis et accepté par le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (Appendice B). Toutes les données obtenues ont été anonymisées. De plus, la liste des sujets a été conservée sous clé au local de la Chaire IRISS à l'UQTR (2462a Léon Provancher). Finalement, ces documents seront conservés pendant 2 ans après la fin du projet et ne pourront être utilisés d'aucune autre façon que celle décrite dans ce présent mémoire.

Avantages et limites de l'étude

À l'urgence, l'évaluation clinique porte sur le motif de consultation, pour cette raison, certaines données n'ont pu être recueillies car elle ne nécessitait pas d'investigation ou n'étaient pas en lien avec la raison de la visite. La recherche utilise une base de données administratives (I-CLSC). Cette base n'étant pas construite à des fins de recherche, la chercheuse a eu recours aux notes au dossier afin de tenter d'obtenir toutes les informations. La recherche se concentre seulement à une urgence ce qui fait que la généralisabilité de la recherche sera limitée à des milieux comparables, s'il en existe. Cette étude a été effectuée avec un échantillon restreint. Cependant, nous espérons que les résultats obtenus pourront apporter des pistes de réflexions.

Chapitre 5 : Résultats

La présente section s'intéresse aux résultats obtenus à la suite de la collecte de données effectuée dans 30 dossiers patients. Cette collecte avait pour premier objectif de recueillir de l'information sur le portrait de l'état de santé physique et mentale des GCSU et sur les déterminants sociaux (caractéristiques individuelles et milieux) pouvant influencer leur état de santé. Le deuxième objectif était d'obtenir des renseignements sur le déterminant du système de santé soit les interventions et les services offerts aux GCSU par les infirmières et les professionnels de l'urgence et de la mission CLSC. La première partie du chapitre est consacrée au portrait de l'état de santé des GCSU et aux déterminants sociaux, la seconde partie s'intéresse aux GCSU ne recevant pas de services de la mission CLSC et la dernière partie décrit de façon spécifique les raisons et consultation et les interventions et services réalisés à l'urgence.

État de santé physique et mentale

Lors de la visite 1 à l'urgence, les résultats indiquent que 53 % des GCSU présentent l'un ou l'autre des antécédents de santé suivants : maladie de l'appareil circulatoire, maladie endocrinienne ou métabolique, maladie de l'appareil respiratoire ou antécédent de troubles mentaux et du comportement et 56 % parmi eux comptent plus de deux antécédents de santé. Plus précisément, 40 % des GCSU présentent un antécédent de

maladie de l'appareil circulatoire, 33 % un antécédent de maladie endocrinienne ou métabolique, 23 % un antécédent de maladie de l'appareil respiratoire et 17 %, un antécédent de troubles mentaux et du comportement. Le Tableau V fait état des distinctions entre les antécédents de santé des GCSU âgés de 18-64 ans et les GCSU âgés de 65 ans et plus lors de la visite 10 à l'urgence. Tel que démontré, les données obtenues indiquent que 33 % des GCSU âgés de 18-64 ans ont un antécédent de troubles mentaux comparativement à 18 % chez les GCSU de 65 ans et plus. Finalement, les données indiquent que 83 % des aînés présentent des antécédents de maladie de l'appareil circulatoire et 50 % présentent des antécédents de maladie endocriniennes et respiratoires.

Les données obtenues, quant aux composantes psychosociales qui influencent la santé mentale, indiquent que 47 % des GCSU présentent une ou des composantes psychosociales telles que l'anxiété, l'insécurité, l'isolement ou le trouble d'adaptation. Plus précisément, 50 % des GCSU âgés de 18-64 ans et 33 % des GCSU âgés de 65 ans et plus présentent une ou des composantes.

Finalement, les données indiquent que 67 % des GCSU ont une ou les classes de médicaments suivantes au dossier soit, cardiovasculaires, système nerveux central et hormones et substituts alors que 60 % d'entre eux ont deux classes de médicaments et plus d'inscrites au dossier.

Tableau V

Antécédents de santé des GCSU à la visite 10 selon l'âge

	18-64 ans	65 ans et plus
Maladies endocriniennes (%)	7 (30)	3 (50)
Maladies de l'appareil circulatoire (%)	7 (30)	5 (83)
Maladies de l'appareil respiratoire (%)	9 (38)	3 (50)
Troubles mentaux (%)	8 (33)	1(18)

Déterminants sociaux

Caractéristiques biologiques

La moyenne d'âge des GCSU est de 47 ans. Le patient le plus jeune a 18 ans et le plus âgé a 84 ans. Dans l'échantillon, 80 % des GCSU sont âgés de 18 à 64 ans et 20 % sont âgés de 65 ans et plus. Les résultats indiquent qu'il y a autant d'hommes (n=15) que de femmes (n=15) parmi la population des GCSU et la proportion est la même chez les 18-64 ans et les 65 ans et plus.

Caractéristiques socioéconomiques

Les résultats indiquent que 40 % des GCSU présentent un indicateur de faible niveau d'éducation / littératie. Chez les GCSU âgé de 65 ans et plus, ce résultat est de l'ordre de 50 %. En ce qui concerne la présence d'indicateurs d'une situation d'insécurité financière, alimentaire ou de transport, les données indiquent que 33 % des GCSU vivent l'une ou l'autre de ces situations. L'ensemble des GCSU utilisent le français comme langue première.

Milieu

Les données sur l'état civil indiquent que 57 % des GCSU sont mariés ou conjoints de fait, 40 % sont célibataires et 3 %, veuf. En ce qui concerne les GCSU âgés de 65 ans et plus, 34 % sont dans une situation de célibat ou de veuvage. Le soutien concret est une dimension du soutien social disponible en cas de besoin, c'est-à-dire de pouvoir compter sur une personne en cas de besoin. Les données obtenues du formulaire AH 280 indiquent que 23 % des GCSU ont mentionné n'avoir personne à rejoindre en cas d'urgence, autre que le conjoint. De plus, les données indiquent que 23 % des GCSU ont une note au dossier mentionnant qu'il y a peu ou pas de soutien social. Par ailleurs, les résultats obtenus sur le soutien social concret indiquent que, pour l'ensemble des visites à l'urgence, 79 % des GCSU se sont présentés seul à l'urgence. Finalement, 40 % des GCSU présentent un élément indiquant un faible soutien social. Cette proportion est de l'ordre de 67 % chez les GCSU âgés de 65 ans et plus.

Communauté locale

Les données obtenues quant à l'indice socioéconomique indiquent que 50 % des GCSU habitent en milieu défavorisé ou très défavorisé, 43 % habitent en milieu très favorisé ou favorisé et 7 % en milieu moyen. De plus 53 % habitent en milieu urbain et 47 % en milieu rural. De façon plus spécifique, 54 % des GCSU âgés de 18-64 ans et 34 % des GCSU âgés de 65 ans et plus vivent en milieu défavorisé ou très défavorisé. Les données du Tableau VI indiquent que 50 % des GCSU de milieu très favorisé ou favorisé vivent en milieu rural et 38 % en milieu urbain. Les GCSU de milieu défavorisé ou très défavorisé habitent en milieu urbain dans une proportion de 63 % et en milieu rural dans une proportion de 36 %.

Finalement, 63 % des GCSU présentent un ou des indicateurs de pauvreté tels qu'un faible niveau d'éducation, une situation d'insécurité ou le fait de vivre dans un milieu défavorisé.

Tableau VI

Proportion de GCSU habitant en milieu rural ou urbain selon l'indice socioéconomique

	Très favorisé	Favorisé	Moyen	Défavorisé	Très défavorisé	Total
Rural (n)	29 % (4)	21 % (3)	14 % (2)	21 % (3)	14 % (2)	100 % (14)
Urbain (n)	6 % (1)	31 % (5)	0	13 % (2)	50 % (8)	100 % (16)
						100 % (30)

Le Tableau VII présente la prévalence du faible soutien social et des indicateurs de pauvreté selon les antécédents de santé. Les données indiquent que les GCSU présentant des antécédents de santé de maladies endocriniennes, de troubles mentaux ou de maladies de l'appareil circulatoire ont une prévalence élevée de faible soutien social. Finalement, les indicateurs de pauvreté sont présents autant chez les GCSU ayant des antécédents de santé que ceux n'en présentant pas.

Tableau VII

Prévalence du faible soutien et d'indicateurs de pauvreté chez les GCSU selon les antécédents de santé

		Faible soutien social		Indicateurs de pauvreté	
		Non	Oui	Non	Oui
Maladies endocriniennes ou métaboliques	Non	75 % (15)	25 % (5)	35 % (7)	65 % (13)
	Oui	30 % (3)	70 % (7)	40 % (4)	60 % (6)
Troubles mentaux et du comportement	Non	76 % (16)	24 % (5)	48 % (10)	52 % (11)
	Oui	22 % (2)	78 % (7)	11 % (1)	89 % (8)
Maladies de l'appareil circulatoire	Non	72 % (13)	28 % (5)	39 % (7)	6 % (11)
	Oui	42 % (5)	58 % (7)	33 % (4)	67 % (8)

Le deuxième objectif était d'obtenir des renseignements sur le déterminant du système de santé soit les interventions et les services offerts aux GCSU par les infirmières et les professionnels de l'urgence et de la mission CLSC.

Système de santé

Urgence

Tel que présenté au Tableau VIII, les GCSU ont effectué en moyenne 12,5 visites à l'urgence. L'analyse des 10 visites à l'urgence pour chacun des 30 GCSU (n=300 visites) indique que 57 % des visites sont catégorisés P5, 73 % des visites se sont effectuées durant la semaine et 40 % des visites durant le jour. Finalement, entre 40 % et 60 % des motifs de consultation sont catégorisés « général et mineur ».

L'analyse de chacune des visites à l'urgence (n=300 visites) indique que 75 % (n=224) des GCSU ont reçu une prescription médicale et que 17 enseignements infirmières ont été réalisés, soit neuf enseignements lorsque le GCSU est en observation, six enseignements lorsque le GCSU quitte avant une prise en charge médicale et deux enseignements lors de départ à domicile. Précédemment, il a été mentionné que 50 % des aînés présentaient des éléments de faible niveau d'éducation / littératie, or, seulement 7 % des aînés ont bénéficié d'un enseignement infirmière.

Tableau VIII

Système de santé (triage-urgence)

Nombre total de visites à l'urgence (n)	Moyenne : 12,5 Médiane : 12 Mode : 10 Min : 10 ; max : 22
Échelle de triage et de gravité (ÉTG) (n=300)	P2 : 2 (1 %) P3 : 20 (7 %) P4 : 107 (36 %) P5 : 171 (57 %)
Jour de la visite à l'urgence (n=300)	Semaine : 73 % Fin de semaine : 27 %
Moment de la visite à l'urgence (n=300)	Nuit : 31 % Jour : 40,3 % Soir : 29 %
Motifs de consultation prédominants pour chacune des visites	Visite 1 : orthopédie (23%), tégument (23%) Visite 2 : général et mineur (37%) Visite 3 : général et mineur (53%) Visite 4 : général et mineur (60%) Visite 5 : général et mineur (63%) Visite 6 : général et mineur (60%) Visite 7 : général et mineur (60%) Visite 8 : général et mineur (57%) Visite 9 : général et mineur (70%) Visite 10 : général et mineur (40%)

Lors de la visite un à l'urgence, 67 % des GCSU sont affiliés à un médecin de famille et lors de la visite 10, 64 % sont affiliés à un médecin de famille. Pour les GCSU âgés de 65 ans et plus, 100 % d'entre eux sont affiliés. Un seul formulaire GACO a été complété pour les GCSU sans médecin de famille et ce, pour l'ensemble des visites à l'urgence.

Mission CLSC

Les données obtenues des 10 visites consécutives à l'urgence de chacun des GCSU indiquent que cinq GCSU reçoivent déjà des services de la mission CLSC lors de la visite un à l'urgence et que quatre GCSU ont fait l'objet de demandes de services normalisées en provenance de l'urgence au cours de l'année. Le tableau IX illustre, pour chacune des visites à l'urgence, la fréquence des communications établies par les intervenants de l'urgence vers ceux de la mission CLSC pour les GCSU recevant des services de la mission CLSC. L'analyse des données indique que les GCSU 2, 6 et 19 sont déjà connus de la mission CLSC lors de la visite 1 à l'urgence mais qu'aucune communication (0) entre l'urgence vers le CLSC n'a été établie pour les 10 visites à l'urgence. De même, pour les GCSU 12, 20 et 23 dont une première demande de service normalisée a été demandée (X) en cours d'année, aucune communication n'a été établie. Le tableau X illustre le nombre d'interventions et services normalisés offerts par les intervenants de la mission CLSC aux GCSU. Le profil d'intervention, la raison d'intervention, les actes réalisés et l'intervenants n'étaient pas inscrits d'emblée au module I-CLSC. Ils ont donc été regroupés pour indiquer d'une part, le type de services

reçus et d'autres part, les interventions effectuées par les intervenants. Les résultats indiquent que 75 interventions et services ont été réalisées auprès des neuf GCSU recevant des services normalisés durant l'année 2014-2015.

Parmi les services, 52 % des interventions sont classées « santé mentale », 13 % sont catégorisées « soins de plaies », 12 % sont de types « services psychosociaux », 15 % sont des interventions concernant des services liés à une déficience physique ou une activité de physiothérapie, 4 % sont des services nutritionnels et 3 %, des services reliés aux maladies de l'appareil respiratoire.

Tableau IX

Fréquence des communications par les intervenants de l'urgence vers ceux de la mission CLSC lorsqu'un GCSU recevant des services normalisés se présente à l'urgence

	Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 4	Visite 5	Visite 6	Visite 7	Visite 8	Visite 9	Visite 10	Total
GCSU											
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	-	-	-	-	-	X	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	-	-	-	-	0	0	0	X	0	0	0
23	-	-	-	-	X	0	0	0	-	-	0
26	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
30	-	X	0	1	0	0	1	0	0	0	2

0 : aucune communication établie entre l'urgence et la mission CLSC pour un GCSU recevant des services de la mission CLSC

1 : communication établie entre l'urgence et la mission CLSC

- : ne reçoit pas de services normalisés

X : 1^{ère} demande de services normalisés à partir de l'urgence

Tableau X

Description des services et du nombre d'interventions (interv.) effectués par les intervenants de la mission CLSC auprès des GCSU

[illegible]

Tableaux X

Description des services et du nombre d'interventions (interv.) effectués par les intervenants de la mission CLSC auprès des GCSU (suite)

Services	GCSU	2	6	12	16	19	20	23	26	30	Total
Services liés à une déficience physique		-	-	-	-	-	-	-	Ergothérapeute (6 interv.)	-	8% (6)
Physiothérapie		-	-	Physiothérapeute (4 interv.)	-	-	-	Physiothérapeute (1 interv.)	-	-	6,6% (5)
Services nutritionnelles/endocriniens	Maladies de l'appareil circulatoire		-	-	-	Infirmière (1 interv.)	-	-	Nutritionniste (1 interv.)	-	4% (3)
	Nutritionniste (1 interv.)										
Maladies de l'appareil respiratoire		-	-	-	-	-	-	-	Inhalothérapeute (2 interv.)	-	2,6% (2)
Autres raisons d'intervention		-	-	-	-	-	-	-	Infirmière (1 interv.)	-	1,3% (n=1)
Total d'interventions (n)		10	10	4	10	10	10	1	10	10	100% (75)

L'analyse des données des Tableaux IX et X indiquent que cinq GCSU reçoivent des services normalisés reliés à la santé mentale ou aux services psychosociaux durant toute la période visée par l'étude et que pour 60 % de ces GCSU, aucune communication n'a été établie entre les intervenants de l'urgence et la mission CLSC.

Les données du tableau X indiquent que pour les dix premières interventions apparaissant au dossier, les GCSU ont d'un à quatre intervenants différents au dossier. Le travailleur social a totalisé 27 interventions auprès de trois GCSU, l'ergothérapeute, six interventions auprès d'un GCSU, le physiothérapeute, cinq interventions auprès de deux GCSU, le psychologue, cinq interventions auprès d'un GCSU, l'inhalothérapeute, deux interventions auprès de deux GCSU, la nutritionniste, deux interventions auprès de deux GCSU et le médecin, une intervention auprès d'un GCSU.

Le Tableau XI présente le nombre d'interventions réalisées spécifiquement par les infirmières de la mission CLSC auprès des GCSU. Tel que démontré, les infirmières ont effectué 27 interventions auprès de six GCSU, soit dix interventions reliées aux soins de plaies, dix interventions reliées à l'injection de médication et cinq interventions reliées à des troubles anxieux.

Tableau XI

Nombre d'interventions effectuées par les infirmières de la mission CLSC auprès des GCSU

GCSU	2	4	5	6	8	9	Total
Infirmière	Troubles anxieux (4)	Actions à caractère physique : injection (10)	Services nutritionnelles (1)	Soins de plaies (10)	Autres interventions (1)	Troubles anxieux (1)	27

Tel que démontré dans les résultats précédents, les GCSU présentent des antécédents de santé physique et mentale ainsi que des déterminants sociaux reconnus pour influencer l'état de santé.

GCSU ne recevant pas de services de la mission CLSC

Le tableau XII présente le portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU inconnus de la mission CLSC lors de la visite un à l'urgence. Les résultats quant à l'état de santé indiquent que 20 % présentent un antécédent de maladies endocriniennes, 28 % un antécédent de maladies de l'appareil circulatoire, 16 % présentent un antécédent de maladies respiratoires et 36 % des GCSU ne recevant pas de services normalisés présentent un trouble mental et un ou des facteurs de risque psychosociaux.

Tableau XII

Portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU inconnus de la mission CLSC lors de la visite 1 à l'urgence (n=25)

État de santé physique et mentale		
Maladies endocriniennes (n)	Non	80 % (20)
	Oui	20 % (5)
Maladies de l'appareil circulatoire (n)	Non	72 % (18)
	Oui	28 % (7)
Maladies de l'appareil respiratoire (n)	Non	84 % (21)
	Oui	16 % (4)
Troubles mentaux et facteurs de risque psychosociaux (n)	Non	64 % (16)
	Oui	36 % (9)
Déterminants sociaux		
Caractéristiques biologiques	Âge (n)	18-64 ans : 80 % (20)
		65 ans et plus : 20 % (5)
	Sexe (n)	Masculin : 56 % (14)
		Féminin : 44 % (11)
Caractéristiques socioéconomiques et compétences personnelles	Faible niveau d'éducation / littératie (%)	Non : 72 % (18)
		Oui : 28 % (7)
	Situations d'insécurité financière / alimentaire (%)	Non : 80 % (20)
		Oui : 20 % (5)

Tableau XII

Tableaux XII *Portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU inconnus de la mission CLSC lors de la visite 1 à l'urgence (n=25) (suite)*

Milieu familial	État civil (n)	Marié - Conjoint de fait : 56 % (14) Célibataire : 40 % (10) Veuf : 4 % (1)
	Soutien social (n)	Personne à rejoindre en cas d'urgence autre que le conjoint Non : 16 % (4) Oui : 84 % (21)
		Documenté textuellement qu'il y a peu ou pas de soutien social Non : 88 % (22) Oui : 12 % (3)
		Être accompagné à l'urgence lors de la visite 1 Non : 76 % (19) Oui : 12 % (3) Données non-disponibles : 12 % (3)
Communauté locale	Indice socio-économique (n)	Très favorisé : 20 % (5) Favorisé : 28 % (7) Moyen : 8 % (2) Défavorisé : 16 % (4) Très défavorisé : 28 % (7)
	Milieu urbain / rural (n)	Urbain : 52 % (13) Rural : 48 % (12)

Tableaux XII

*Portrait de l'état de santé et des déterminants sociaux des GCSU inconnus de la mission CLSC
lors de la visite 1 à l'urgence (n=25) (suite)*

Présence d'un indicateur de pauvreté (n)	Non : 44 % (11)
(Indice socio-économique défavorisé, éducation, insécurité)	Oui : 56 % (14)
Système de santé	Affilié à un médecin de famille (n)
	Non : 40 % (10)
	Oui : 60 % (15)

Les données concernant les déterminants sociaux indiquent que 80 % des GCSU ne recevant pas de services lors de la visite un à l'urgence sont âgés entre 18 et 64 ans et 20 % sont âgés de 65 ans et plus. De façon spécifique, 83 % des aînés de notre échantillon ne reçoivent pas de services.

Les données quant aux caractéristiques socioéconomiques indiquent que 28 % ont un faible niveau d'éducation et 20 % présentent une situation d'insécurité. Les données quant au soutien social indiquent que 40 % des GCSU sont célibataires, 16 % n'ont personne à rejoindre en cas d'urgence autre que le conjoint, et 76 % n'étaient pas accompagnés à l'urgence lors de la visite un.

En somme, parmi les GCSU ne recevant pas de services normalisés, 59 % présentent un ou des éléments d'un faible soutien social. Les données quant à la communauté locale indiquent 48 % des GCSU vivent dans un milieu très favorisé ou favorisé et que 44 %

vivent en milieu défavorisé ou très défavorisé. Finalement, 56 % des GCSU inconnus de la mission CLSC présente un ou des indicateurs de pauvreté.

Raisons de consultation des GCSU

GCSU âgés de 18-64 ans

Le Tableau XIII décrit les raisons de consultations des GCSU ainsi que les interventions et les services offerts par les infirmières et les professionnels de l'urgence lors de chacune des visites à l'urgence. Globalement, les données indiquent que 10 GCSU ont effectués entre sept et 10 visites à l'urgence pour recevoir des antibiotiques intraveineux et rencontrer le médecin. Les données indiquent que 80 % d'entre eux vivent dans un milieu favorisé ou très favorisé. De plus, deux d'entre eux ont été référés à l'urgence par le dentiste et le médecin de famille. Pour le GCSU référé par le médecin de famille, il est mentionné au dossier que le patient a un déficit auditif et que l'évaluation infirmière et médicale est difficile, or, aucun épisode de soins n'a été transféré au médecin de famille et aucune évaluation des besoins n'a été réalisé pour offrir des services.

Tel que présenté au Tableau XIII, sept GCSU ont effectués entre six et 10 visites à l'urgence pour des suivis CSST, dont deux suivis de dépressions et cinq suivis reliés à des blessures physiques. Les données indiquent que 71 % d'entre eux vivent dans un milieu défavorisé ou très défavorisé et que 86 % présentent un indicateur de pauvreté. Pour les suivis de dépression, un GCSU, n'ayant pas de médecin de famille, a été référé

vers le GMF lors de la visite 7 à l'urgence. Pour le second GCSU, bien qu'il présente des stressors financier et familial, une consultation psychosociale a été réalisée à l'urgence mais aucun suivi ne semble avoir été proposé. Toujours pour les suivi CSST, deux GCSU ont été référé vers un service de physiothérapie et un a été référé à la clinique de CSST à la visite 9.

Finalement, l'analyse des données indiquent que 25 % des GCSU âgés de 18-64 ans se présentent à l'urgence pour des raisons de consultation différentes d'une visite à l'autre. Les motifs mentionnés concernent l'état de santé physique (douleur, hyperglycémie, embolie, symptômes d'infection des voies supérieures, renouvellement de prescription) et mentale (anxiété, idées suicidaires). La totalité des GCSU ayant consulté pour des raisons variées vivent en milieu défavorisé ou très défavorisé. Par ailleurs, les données obtenues indiquent qu'un GCSU présentant une insécurité alimentaire et financière s'est présenté à l'urgence pour une hypoglycémie résolue. Cependant, aucune communication n'a été établie entre l'urgence et l'intervenant de la mission CLSC ou le médecin de famille.

Tableau XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans

Visites	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GCSU										
4	Tégument : Lacération	Lié à la visite #1, peau œdématiée	Antibio iv externe	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv, dlr à la mobilisation du poignet	Antibios iv, ne voit pas le md, dlr à la mobilisation du poignet	Antibio IV	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md de garde	Antibios iv et revoir md
Interventions et services	Activité ponctuelle : Exérèse de point de suture dans 10 jours	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	ORL : Prend déjà antibio, référé à l'urgence par son dentiste	Antibio iv (ne voit pas le médecin)	Antibio iv (ne voit pas le médecin)	Antibio iv	Antibios iv (ne voit pas le md)	Antibio iv (ne voit pas le md)	Antibio IV	Antibio iv (ne voit pas le md)	Antibio iv (ne voit pas le md de garde)	Antibio iv
6	IVRS, dlr sous forme de points sous les 2 seins	Plus essoufflé, a consulté la semaine dernière, glucomètre défectueux, s'est donné insuline quand même, prise d'alcool	Ivrs depuis 2 semaines, dlr sous les seins	Retour d'examen	Douleur	Douleur thoracique depuis 3 jours à la toux	Douleur épigastrique, dit que même symptômes que son embolie pulmonaire	Hyperglycémie, étourdissements	Suivi md de garde, dlr au mollet et costale la nuit	Douleur localisée, motricité diminuée, serrement au mollet depuis 3 jours
Interventions et services	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	—	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille	—	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille

Tableaux XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans (suite)

8	Tégument : contact avec herbe à puce	Lésion reliée à la visite #1	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv (ne voit pas le md)	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv	Antibios iv, ne voit pas le md de garde	Antibios iv et revoir md
Interventions et services	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Activités ponctuelles : changement de mèche
9	Tégument : Œdème chaleur	Suivi md de garde, retour post-examen	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv (ne voit pas le md)	Antibios iv et revoir md	Gastro-intestinal, selle, dlr abdo	Tégument, œdème, rougeur	Douleur localisée, accident de travail, équipement tombé sur le pied
11	Tégument : Coupure, accident de travail	Impression que symptômes reviennent, lié à la visite 1	Antibios iv, ne voit pas le md	Suivi md de garde post antibio iv	Suivi md de garde	Suivi CSST, remplir formulaire	Suivi md de garde, désire prolonger arrêt de travail	Suivi CSST	Suivi md de garde pour cellulite, physio en cours	Suivi CSST, n'a pas vu l'orthopédiste encore
Interventions et services	—	—	—	—	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	—	—
12	Tégument : rougeur	Antibio IV	Antibio IV revoir MD	Douleur dorso-lombaire relié au travail	Suivi CSST	Suivi CSST et contrôle RX	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST	Symptômes d'IVRS
Interventions et services	—	—	—	—	—	Physiothérapie	—	—	Physiothérapie Référé clinique CSST	—

Tableaux XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans (suite)

13	ORL : congestion, diminution appétit	Suivi md de garde	Antibio IV	Antibio iv	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, désire revoir md, détérioration de son état	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv	Rougeur conjonctivite, ne rejoint pas son ophtalmologiste
Interventions et services	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille
14	Douleur oreille, diminution de l'audition	Douleur	Clou dans le pied au travail	Antibio iv	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv (ne voit pas le md)	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md de garde	Antibios iv et revoir md
15	Tégument : plaie en jouant au soccer	Augmentation rougeur (lié à la visite 1)	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibios iv et revoir md	Antibios iv, ne voit pas le md	Antibio iv	Antibios iv, ne voit pas le md de garde	Antibios iv et revoir md
16	Orthopédie : demande une attelle, dlr à un genou à la suite d'un scan	Suivi md de garde, veut résultats d'examen et changer la prescription, problème genou et dos	Douleur dorsolombaire	Douleur thoracique, depuis 2 semaines a mal partout	Idées suicidaires, anxiété, conflit avec conjoint, veut voir intervenante sociale au matin	Difficulté respiratoire depuis ce matin, toux	Ivrs	Orthopédie, dlr localisée au poignet, médication ne fonctionne pas	Respiratoire, réaction allergique, dit que depuis que prend pompes ses bras et jambes enflent	Douleur localisée au pied gauche
Interventions et services	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille Communication avec intervenant au dossier	—	Suivi avec inhalo	—	—	—

Tableaux XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans (suite)

23	Général et mineur : inquiétude, se demande si diabétique	Dlr abdo, test de grossesse négatif	Suivi md de garde, retour d'écho	Orthopédie : en mobilisant un pt, pas de CSST	Orthopédie, dlr augmentée	Orthopédie : dlr augmentée	Suivi md de garde, dlr au dos	Dlr dorso-lombaire, arrêt de travail, en attente de physio.	Suivi CSST, dlr au dos persiste	Symptômes urinaires
Interventions et services	GACO Référé vers infirmière en diabète	—	—	—	Physiothérapie	—	—	—	—	—
24	Orthopédie : dlr localisée relié à un travail répétitif et aurait eu syncope et pincement au cœur	CSST, suivi md de garde	CSST, dlr augmentée	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST	Suivi CSST
Interventions et services offerts	—	—	—	Physiothérapie	—	—	—	—	—	—
25	Otalgie depuis 1 semaine	a consulté hier à un autre centre, demande d'ordonnance, ne tolère pas AINS	Incapable de manger, vomit	Nausées x 4 jours	Grossesse, dlr, perte sanguine	Gorge	Ivrs, otalgie depuis 1 semaine, nausées, enceinte	Mal de gorge, pas d'amélioration, lien avec les visites précédentes	Ivrs, symptômes persistent	Oreille, pas d'amélioration des symptômes
Interventions et services	—	—	—	—	Référé vers services	—	—	—	—	—

Tableaux XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans (suite)

26	Cardiovasculaire : amie décédée, anxieux	Diminution de l'état général, grande fatigue	Machine à indiqué arythmie	Dlr thoracique, se sent faible	Ivrs, dyspnée, expectore	DRS typique, chicane avec son conjoint, vomissement	Ivrs depuis 3 semaines	Dlr abdo, diarrhée	HTA, engourdissement hémiface accompagné de céphalée	Dlr dorso-lombaire, chute, faiblesse
Interventions et services	—	Départ avant prise en charge	—	Communication avec mission CLSC	—	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	—
27	Général et mineur : suivi md de garde, insomnie	Suivi md de garde, arrêt de travail	Suivi md de garde, dépression	Dlr localisée, bosse à la jointure	Suivi md de garde,	Suivi md de garde, retour de l'anxiété, insomnie, moral à plat	Suivi md de garde, se dit plus efficace, désordre menstruel	Gynéco-obstétrique	Suivi md de garde concernant anovulant et anti-dépresseur	Ivrs, dlr au dos à la toux
Interventions et services	—	—	—	—	—	—	—	Référé vers GMF	Dossier transféré au GMF	—
28	Général et mineur : suivi CSST, entorse cervicale	CSST, dlr persiste	Suivi CSST	Suivi CSST, entorse cervicale	Suivi CSST	Suivi CSST, se dit mieux	Suivi CSST, problèmes avec son employeur et les assurances dû aux tâches à accomplir	Suivi CSST, peu soulagé par prescription	Suivi CSST, chute	Suivi CSST, entorse cervical
29	Général et mineur : renouvellement prescription	Dlr inguinale, problème connu, augmentation des symptômes	Dlr abdo, a consulté il y a 2 semaines, pas d'amélioration	Suivi md de garde, retour écho et dlr oreille	Depuis 1 semaine, congestion	Ivrs, otalgie depuis 2 semaines	Congestion	Céphalée, suivi de la dernière consultation	Ivrs, brûlure aux bronches	Ivrs, suivi, symptômes persistent

Tableaux XIII

Raisons de consultation des GCSU âgés de 18 à 64 ans (suite)

30	ORL : pression thoracique	Dlr thorax, nausées, anxiété	Picotement, engourdissem ent, a débuté nouvelle médication	Ajustement de médication	Sous antidépresseur, pas mieux, dlr épigastrique et étourdissement	Selle, dlr abdo, perte d'appétit, étourdissement	Dlr épigastrique, diminution de l'état général, plus anxieux, fatigue, conjointe a fait fausse-couche	Santé mentale, pt verbalise anxiété, chicane avec sa conjointe	Renouvellement de médication	Otalgie
Interventions et services	—	Référence mission CLSC	—	Communication avec la mission CLSC	—	—	Communication avec la mission CLSC	—	—	—

GCSU âgés de 65 ans et plus

Le Tableau XIV illustre, pour chacune des visites à l'urgence, les raisons de consultation et les interventions et les services offerts aux GCSU âgés de 65 ans et plus.

Les résultats indiquent que 50 % des aînés se présentent à l'urgence pour de la douleur et 50 % mentionnent une diminution de l'état général, une diminution de la mobilité ou des étourdissements. Les résultats quant aux données de l'épisodes de soins à l'urgence transféré au médecin de famille indiquent que dans 17 % des cas, le dossier a été transféré à sept reprises et 33 % des dossier ont été transféré à quatre reprises. Par ailleurs, 33 % des dossiers ont été transféré lors des dernières visites à l'urgence et dans 17 % des cas, aucun dossier n'a été transféré. De plus, deux demandes de consultation en inhalothérapie ont été réalisées. Finalement, bien que 67 % d'entre eux présentent des éléments de faible soutien social et 50 % présentent des indicateurs de pauvreté, aucune évaluation n'a été réalisée pour offrir des services de la mission CLSC.

L'analyse des raisons de consultation indiquent que 66 % des visites semblent démontrer un lien entre elles. Par exemple, un patient se présente à l'urgence car il a chuté. Les données du Tableau indiquent que des signes et symptômes d'étourdissements et de palpitations étaient présents lors de visites précédents la chute et que les raisons de consultations subséquentes sont reliées à cette chute. De plus, une reconsultation à l'urgence implique l'effet secondaire d'un antibiotique.

Tableau XIV

Raisons de consultation et interventions et services aux GCSU âgés de 65 ans et plus

Visites	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
GCSU										
1	Douleur abdominale	Suivi md de garde, retour post-examen	DRS	Douleur épigastrique	Symptômes IVRS	Douleur sus-pubienne	Prurit et douleur abdo	Douleur sus-pubienne	Douleur sus-pubienne	Palpitations
Interventions et services	—	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille	—	—	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	—
2	Diminution de la mobilité	Douleur abdominale	Douleur orteil	Difficulté respiratoire, au repos, accuse d'lr au dos	Douleur épigastrique et céphalées	Brûlure à la main	DRS	Saignement rectal	Difficulté respiratoire	DRS et dyspnée
Interventions et services	Dossier transféré au médecin de famille	—	Dossier transféré au médecin de famille	—	Dossier transféré au médecin de famille	—	—	Dossier transféré au médecin de famille	—	—

Tableau XIV

Raisons de consultation et interventions et services aux GCSU âgés de 65 ans et plus (suite)

3	Étourdissements	Étourdissement et céphalée	Suivi post scan cérébral	Diminution de l'état général, habite seul	Chute, dlr au genou	Chute de sa hauteur	Dlr persiste de la chute précédente	IVRS, se sent plus faible	IVRS	IVRS
Interventions et services	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille	—	Dossier transféré au médecin de famille PRISMA7 complété	—	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille	Consultation en externe avec inhalo.	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille Consultation en externe avec inhalo.
4	Palpitations fréquentes	Œdème depuis changement de médication	Chute d'un escabeau, anticoagulé	Douleur localisée, lien avec la chute	Suivi à la demande du md, dlr persiste	Changer pansement, référé par les services courants	Antibio iv, difficulté à se déplacer	Antibio iv, suivi md de garde	a consulté en clinique sans r-v, en attente d'examen, référé à l'urgence par le médecin de la clinique	Œdème et rougeur
Interventions et services	—	—	—	Changement de pansement DIE au CLSC	—	—	—	PRISMA7 complété	Dossier transféré au médecin de famille	Dossier transféré au médecin de famille

Tableau XIV

Raisons de consultations et interventions et services aux GCSU âgés de 65 ans et plus (suite)

5	Douleur localisée au genou sans trauma	Antibios iv et revoir md de garde	Antibio IV, meilleure mobilité	Antibios iv et revoir md de garde	Antibios iv, Ne voit pas le md	Antibios iv, Ne voit pas le md	Antibios iv, Ne voit pas le md	Antibios iv, Ne voit pas le md	Antibio et iv et revoir md	Lacération, s'est frappé le front sur un morceau de métal, tétanos à jour
Interventions et services	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Depuis 2 semaines, rougeur, chaleur, conseils infirmières	Œdème et rougeur	Référé par md	Antibios iv, Ne voit pas le md	Éruption cutanée	Éruption cutanée, pense faire zona	Vomissement, a le zona	Rougeur, référé par technicien radio-onco	Soins courants, à la demande du md, cellulite à la suite de chx ablation du sein	Suivi md de garde, retour post examen
Interventions et services	Quitte avant de voir md de garde	—	—	—	Quitte avant de voir md de garde	—	—	Référé vers les services courants	—	Dossier transféré au médecin de famille

Résultats non-significatifs

Le déterminant *habitudes de vie* tels que le tabagisme actif ou la prise d'alcool et de drogues n'ont pas fait l'objet d'analyse. En effet, dans 60 % des cas les données n'étaient pas disponibles. Par ailleurs, une note au dossier était présente lorsque l'habitude de vie (tabac, alcool ou drogue) pouvait être liée à la raison de consultation. Par exemple en présence de MPOC, l'utilisation du tabac est indiquée.

L'analyse des résultats obtenus et des pistes de réflexion sont présentés au chapitre suivant.

Chapitre 6 : Discussion

Cette section du travail de recherche porte sur la discussion et se divise en trois parties. La première partie du chapitre concerne les résultats de l'analyse et leurs significations, la deuxième partie, analyse les conséquences de la recherche et discute des retombées possibles et finalement, la troisième partie fait état des forces et des faiblesses de la présente recherche.

Résultats de l'analyse et leurs significations

Les objectifs de cette recherche consistaient à 1) décrire le portrait de l'état de santé physique et mentale des GCSU ainsi que les déterminants sociaux (caractéristiques individuelles et les milieux) pouvant influencer leur état de santé et 2) obtenir des renseignements sur les interventions et les services offerts aux GCSU par les infirmières et les professionnels de l'urgence et de la mission CLSC.

État de santé physique et mentale

Tel qu'attendu, plus de la moitié des GCSU présentent des antécédents de santé physique et mentale et les résultats indiquent que plus de la moitié d'entre eux ont au moins deux antécédents de santé. De plus, près de la moitié des GCSU présentent une ou des composantes psychosociales qui influencent la santé mentale telles que l'anxiété,

l'insécurité, l'isolement ou le trouble d'adaptation. Lorsque ces situations perdurent dans le temps, elles peuvent engendrer un stress qui influencera négativement les systèmes cardiovasculaires et immunitaires (Wilkinson & Marmot, 2004). Or, bien que 52 % des interventions concernent des services de santé mentale, seulement 7 % des interventions sont des suivis de maladies chroniques. Bien qu'il soit évident que cet état de santé précaire nécessite un suivi régulier hors de l'urgence, Doran et al. (2014) souligne, avec raison, le danger de dissuader les GCSU de consulter à l'urgence puisqu'il aurait de la difficulté à juger de la gravité de leur état. Il est donc nécessaire de réfléchir à un mécanisme qui permet de prendre en charge tous patients dont la condition est jugée non-urgente afin d'évaluer les besoins et d'effectuer le suivi nécessaire.

Déterminants sociaux. Les résultats du projet de recherche indiquent que certains déterminants sociaux, reconnus pour influencer l'état de santé physique et mentale, sont présents chez les GCSU, notamment l'âge avancé, un faible niveau d'éducation et de littératie, une situation d'insécurité financière, alimentaire ou de transport, le fait de vivre dans un milieu défavorisé ainsi que des éléments d'un faible soutien social. Par conséquent, ces résultats signifient que les GCSU présentent des besoins biopsychosociaux complexes et que nous devons maintenant être en mesure d'y répondre. En effet, les GCSU sont en droit d'être informés des services existants et de recevoir des services personnalisés (LSSSS). Les besoins évoluent dans le temps et les GCSU revisitent l'urgence plusieurs fois par année. Une évaluation clinique de la condition physique et mentale des GCSU qui prend en compte l'ensemble des facteurs

susceptibles d'influencer leur état de santé pourrait potentiellement permettre de mieux circonscrire les problèmes et d'offrir des soins et des services adaptés. Même si l'évaluation demande un peu plus de temps qu'avec d'autres usagers, cet investissement serait gagnant.

La distribution étendue de l'âge des GCSU implique que l'évaluation des besoins ne peut faire l'objet d'interventions homogènes. Par exemple, les GCSU âgés de 18 à 64 ans ont davantage d'antécédents de troubles mentaux et de composantes psychosociales que les GCSU âgés de 65 ans et plus qui, eux, présentent des antécédents de maladies circulatoires. D'ailleurs, bien qu'il soit reconnu qu'une visite à l'urgence peut avoir un impact négatif sur la santé de la personne aînée, aucune d'entre elle ne s'est fait offrir des services normalisés de la part des professionnels de l'urgence lors de la visite un. Ce résultat montre bien que l'intervention en milieu de l'urgence est axée sur le motif de consultation. D'un autre côté, comment pourrait-il en être autrement lorsque cinq minutes sont allouées au triage. De plus, les données indiquent que de transférer l'épisode de soins au médecin de famille ne semble pas influencer les venues à l'urgence, puisqu'ils reconsultent.

L'infirmière a un rôle stratégique dans la compréhension des problèmes de santé et des déterminants qui l'influence. Ceci met en évidence que pour répondre aux besoins des GCSU et tenter d'améliorer la situation dans les urgences, l'infirmière doit exercer

son rôle d'advocacy et son leadership afin que les GCSU aient accès aux services de première ligne qui répondent à leurs besoins.

Certains problèmes de santé chroniques, tels que l'incontinence urinaire, les troubles intestinaux ou le diabète peuvent conduire plus rapidement à une perte d'autonomie (MSSS, 2011). L'outil PRISMA7 est un outil validé pour identifier les aînés en perte d'autonomie se présentant à l'urgence, or, seulement deux évaluations PRISMA7 ont été complétées pour l'ensemble des 60 visites effectuées à l'urgence par les aînés. D'autant plus que certains facteurs de risques reconnus tels que la douleur, les signes d'infections et les chutes figuraient au registre des raisons de consultation des GCSU. L'analyse des visites indiquent qu'il y a un lien entre chacune d'elles. Par conséquent, il serait recommandé que l'ensemble des aînés puisse bénéficier d'une évaluation de l'autonomie et de leurs besoins avant leur départ de l'urgence.

Les résultats de l'étude indiquent que près de la moitié des GCSU présente un faible niveau d'éducation ou de littératie. Cette donnée est d'autant plus préoccupante qu'en moyenne 75 % des GCSU ont reçu une prescription médicale lors de l'une ou l'autre de leurs visites à l'urgence. En effet, il apparaît qu'un faible niveau de littératie affecte la compliance aux traitements, augmente le risque d'erreurs relié à la prise de médicaments et nuit à la gestion des maladies chroniques (Jalbert, 2016; Johnson, 2014). Par ailleurs, les données indiquent que le tiers des GCSU vivent une situation d'insécurité financière, alimentaire ou de transport et que certaines situations d'insécurité ont entravé l'accès

aux traitements et aux examens diagnostics prescrits à certains GCSU. Il ne suffit donc pas de remettre une prescription mais il faut s'assurer que les patients comprennent la prescription de médicaments et qu'ils ont les moyens d'accéder aux examens. En effet, comment blâmer un patient qui revient à l'urgence de ne pas s'être présenté à son examen ou de ne pas s'être procuré le médicament prescrit si nous n'avons pas évalué l'environnement par lequel la condition de santé physique et mentale évolue. Depuis la fusion des CSSS, un certain nombre de services ont été relocalisés dans différentes villes. Bien que cette relocalisation puisse parfois permettre d'assurer un suivi de la qualité des services et des soins dispensés, il est du devoir des CISSS et des professionnels de s'assurer aussi que le patient a les ressources pour accéder à ces services de qualité.

Le soutien concret est une dimension du soutien social disponible en cas de besoin. Les données recueillies indiquent que près de la moitié des GCSU présente un ou des éléments d'un faible soutien social. Tout comme il a déjà été mis en évidence dans différentes études, les résultats tendent à démontrer que les GCSU qui ont des éléments de faible soutien social présentent aussi des antécédents de santé de maladies endocriniennes, de troubles mentaux ou de maladies de l'appareil circulatoire. Les personnes âgées présentent davantage d'éléments de faible soutien social que l'ensemble des GCSU et pourtant trois quarts des aînés n'ont fait l'objet d'aucune évaluation des besoins d'aide dans les AVQ lors des premières visites à l'urgence. En effet, une personne qui est limitée dans ses activités est souvent celle qui bénéficiera le moins de

soutien social (ISQ, 2011). Dans tous les cas, peu importe l'âge, les liens entre le soutien social et la mortalité ainsi que la santé sont bien connus et ce, particulièrement chez les personnes les plus vulnérables (ASPC, 2013; Wilkinson & Marmot, 2004). En connaissant l'influence du soutien social sur la santé, l'évaluation et l'intervention de l'infirmière peut contribuer à améliorer ou maintenir la santé des GCSU en leur facilitant, par exemple, l'accès aux services et ressources communautaires (AIIC, 2018).

Les GCSU présentent un profil socioéconomique précaire (Moe et al., 2017; Tozer et al., 2014). Dans la présente étude, les résultats obtenus montrent que la moitié des GCSU provient, soit de milieu défavorisé ou très défavorisé ou de milieu favorisé ou très défavorisé. Il est cependant intéressant de constater que les raisons de consultations varient énormément selon le milieu de provenance. En effet, les GCSU de milieu favorisé ou très favorisé consultent sensiblement pour les mêmes raisons (suivi du médecin de garde pour antibiotique intraveineux) alors que les GCSU de milieu défavorisé ou très défavorisé se présentent pour des raisons très variées (douleur, brûlure, symptômes infection des voies respiratoires supérieures, symptômes urinaires, mal de gorge, conflit). À première vue, les raisons de consultations peuvent être traitées ailleurs qu'à l'urgence. Le faible niveau d'éducation ou de littératie des GCSU pourrait peut-être expliquer cette difficulté. Considérant les résultats obtenus, il serait intéressant d'implanter une clinique infirmière (infirmière clinicienne et infirmière praticienne spécialisée) adjacente à l'urgence. Un triage standard serait réalisé et le patient, dirigé selon des critères établis vers l'urgence ou la clinique infirmière. Une telle approche

pourrait certainement faciliter l'évaluation des besoins biopsychosociaux des GCSU et l'élaboration de plan d'interventions.

En somme, plus de 60 % des GCSU de l'étude présentent un ou des indicateurs de pauvreté tels qu'un faible niveau d'éducation / littératie, une situation d'insécurité ou le fait de vivre dans un milieu défavorisé. Il apparaît que les indicateurs de pauvreté sont présents autant chez les GCSU ayant des antécédents de santé que ceux n'en présentant pas, ceci souligne l'importance d'évaluer la présence de ces indicateurs afin d'intervenir sur le maintien et l'amélioration de l'état de santé. Depuis quelques années, des auteurs indiquent que la pauvreté influence à la hausse l'utilisation des services de l'urgence et expose les GCSU à un état de vulnérabilité (Kangovi et al., 2013; Tozer et al., 2014; Vanstone et al., 2014). Il est donc impératif de prendre en considération les besoins émergents et d'intervenir rapidement pour améliorer ou maintenir l'état de santé. Une situation de pauvreté peut nuire à la satisfaction des besoins de base (CEPE, 2017). Les assises de l'exercice de la profession infirmière reconnaissent que la santé d'une personne est influencée par de nombreux facteurs qui vont au-delà des saines habitudes de vie (OIIQ, 2010). Le soin de l'infirmière vise à maintenir, rétablir ou améliorer la santé ainsi qu'à prévenir la maladie et les problèmes sociaux. Un individu présentant des antécédents de santé physique et mentale doit pouvoir bénéficier des soins d'une infirmière qui a les compétences pour prendre en compte l'ensemble des éléments de l'histoire de santé et déterminer un plan d'intervention thérapeutique qui inclut la satisfaction des besoins de base.

L'âge avancé, les composantes psychosociales, les indicateurs de pauvreté ou le peu de soutien social sont autant de déterminants qui composent le portrait de l'état de santé des GCSU. Il est reconnu que chacun des déterminants précédemment nommé a le potentiel d'influencer négativement l'état de santé. Pourtant, des services tels que la physiothérapie, l'inhalothérapie ou les soins de plaies sont régulièrement référés par les intervenants de l'urgence mais peu de services sont offerts en lien avec les facteurs pouvant être la cause du problème. Il ne faut plus attendre que les demandes de services se présentent, il faut anticiper les besoins non-exprimés des GCSU. Cette approche demande une compréhension fine des déterminants qui peuvent influencer l'état de santé.

La continuité des soins est un déterminant de la santé tout aussi important. Cependant, pour 60 % des GCSU bénéficiant de services de santé mentale, aucune communication n'a été établie de la part des intervenants de l'urgence vers la mission CLSC. Il apparaît important que des mécanismes rigoureux de suivi journalier aient lieu afin que les intervenants de la mission CLSC soient avisés des visites à l'urgence. Ceci permettrait aux intervenants de prendre rapidement contact avec les GCSU et d'ajuster le plan d'intervention selon les nouvelles informations.

Il est évident que l'urgence sert à traiter des cas urgents mais des patients aux besoins complexes s'y présentent. L'analyse de l'ensemble des visites à l'urgence effectuées par les GCSU indiquent que 17 enseignements infirmières ont été réalisés, soit neuf enseignements lorsque le GCSU est en observation, six enseignements lorsque le GCSU quitte avant une prise en charge médicale et deux enseignements lors de départ à domicile. Les GCSU présentent un faible niveau d'éducation ou de littératie et l'impact sur la santé est documenté (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014). Il faut s'assurer que l'infirmière ait le temps de procéder à un enseignement adapté aux besoins de la personne. Autrement, il faut rendre disponible des infirmières qui faciliteront la compréhension et l'utilisation de l'information en santé (INSPQ, 2016). En mission CLSC, les trois quarts des interventions infirmières effectuées auprès des GCSU concerne des injections et des soins de plaies alors que le champ d'exercice contient 14 activités réservées. Il est évident qu'il y a une sous-utilisation des activités que l'infirmière peut mener auprès des GCSU pour évaluer les besoins et offrir les services qui y correspondent et ce, autant à l'urgence qu'en mission CLSC. De plus, les cibles de performance ministérielles peuvent rendre difficile pour les infirmières d'évaluer et de répondre de façon efficace et sécuritaire aux besoins biopsychosociaux des GCSU. Il est attendu qu'un usager doit être évalué par un médecin à l'intérieur d'un délai de deux heures et qu'un patient sur civière doit avoir quitté l'urgence 12 heures plus tard. L'infirmière attitrée au médecin de garde ou aux civières doit donc rapidement répondre à ces attentes. Il semble donc évident que le personnel en place peut difficilement accorder plus de temps à l'évaluation de besoins biopsychosociaux.

Cependant, une infirmière clinicienne attitrée à procéder à une évaluation globale des besoins biopsychosociaux des GCSU pourrait certainement contribuer à offrir des services qui répondent à la condition de santé de ces patients et ainsi contribuer à diminuer les retours à l'urgence.

La littérature recensée sur le repérage des GCSU indiquent qu'un individu est considéré « GCSU » lorsqu'il a effectué quatre, cinq, voire même dix visites à l'urgence. Par conséquent, les patients doivent effectuer un nombre passablement élevé de visites à l'urgence avant d'être repérés et ainsi bénéficier d'interventions répondant à leurs besoins biopsychosociaux. Encore faut-il que les services soient offerts. Un peu plus du tiers des GCSU ne recevant pas de services normalisés présente un trouble mental et un ou des facteurs de risque psychosociaux, près de 60 % présentent un ou des éléments d'un faible soutien social et dans une même proportion, ont un ou des indicateurs de pauvreté. L'état de santé est influencé par plusieurs facteurs qui, non-considérés, peuvent résulter en une hausse des consultations à l'urgence. En intervenant seulement auprès des patients qui effectuent un nombre attendu de visites à l'urgence, l'organisation actuelle des soins et des services contribue au problème des GCSU. Pour améliorer la situation de l'urgence, les indicateurs doivent non seulement prendre en compte la diminution du nombre de visites mais aussi l'amélioration de l'état de santé du GCSU. Ceci met en évidence l'importance de rehausser le « filet de sécurité sanitaire » qu'est l'urgence (MSSS, 2006, p. 30), en intégrant une infirmière-pivot au sein de l'équipe de l'urgence. L'infirmière pourra ainsi évaluer la condition de santé du patient

en relation avec son environnement et ce, dès la première visite à l'urgence et pour tous les âges.

Conséquences de la recherche et retombées possibles

Le portrait obtenu indique que le statu quo n'est plus possible. Pour répondre aux besoins des actuels GCSU et tenter d'éviter que de nouveaux patients deviennent des GCSU, il faut penser autrement et agir différemment et ce, dès la première visite à l'urgence. L'infirmière évalue l'état de santé physique et mental, elle détermine et assure un plan de soins et de traitements [...] dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie (OIIQ, 2016a, p. 16). Il m'apparaît évident que l'infirmière peut tenir un rôle pivot important dans l'évaluation des besoins biopsychosociaux des patients (GCSU actuels et potentiels) et par la mise en place de plan d'interventions individualisés respectueux des besoins de chaque GCSU.

Forces et faiblesses de la présente recherche

La principale force de cette recherche est que peu d'études ont fait spécifiquement état des GCSU selon la perspective des déterminants sociaux. L'utilisation du cadre conceptuel a permis de mettre en lumière les besoins potentiels des GCSU ainsi que la place prépondérante que doit prendre l'urgence et la mission CLSC pour influencer la santé des GCSU. La faiblesse de cette étude est liée à l'utilisation de données rétrospectives à l'urgence. En effet, les données concernent le motif principal de consultation, donc si le motif n'a pas de lien avec les déterminants recherchés, ces données risquent de ne pas être inscrites au dossier.

En conclusion, pour répondre aux besoins des GCSU, une évaluation globale de leur état de santé, en interaction avec leur environnement, doit être réalisée. Les GCSU présentent des antécédents de santé physique et mentale qui nécessitent un suivi clinique, de plus, certains déterminants sociaux, reconnus pour influencer l'état de santé physique et mentale, sont présents chez les GCSU, notamment l'âge avancé, certains indicateurs de pauvreté ainsi que des éléments d'un faible soutien social. Bien que l'évaluation des besoins biopsychosociaux sous l'angle des déterminants sociaux constitue un défi pour les professionnelles de la santé, celle-ci permettrait d'anticiper les besoins biopsychosociaux des patients, de leur offrir le plus rapidement possible les services qui correspondent à leurs besoins, d'améliorer ou maintenir l'état de santé et de potentiellement réduire les visites à l'urgence.

Conclusion

En conclusion, les objectifs de cette recherche étaient de décrire le portrait de l'état de santé des GCSU selon la perspective des déterminants sociaux et de décrire les interventions réalisées par les infirmières et les professionnels de la santé de l'urgence et de la mission CLSC. Les résultats de ce projet de recherche donnent un aperçu des déterminants sociaux qui influencent l'état de santé des GCSU et des interventions réalisées à l'égard des GCSU. Tout d'abord, du point de vue des déterminants suivants : GCSU âgés de 65 ans et plus et indicateurs de pauvreté, peu ou pas de services ont été offerts à l'égard des facteurs de risque encouru par l'âge avancé ou la précarité socioéconomique. Deuxièmement, en ce qui concerne l'enseignement infirmière réalisé, peu d'enseignements ont été réalisés. Certains déterminants sociaux tels que l'usage du tabac, d'alcool et des drogues n'ont pu être évalués car ils n'apparaissaient au dossier seulement lorsque le motif de consultation le justifiait.

Des écarts importants ont été identifiés entre les recommandations du Guide de gestion de l'urgence concernant le départ du patient et les interventions à l'urgence. Pour les GCSU connus de la mission CLSC peu ou pas de communications ont été établies entre l'urgence et les professionnels de la mission CLSC. Pour les GCSU ne recevant pas de services de la mission CLSC, des évaluations ont été réalisées et des services ont été offerts pour certains GCSU.

Ces services étaient axés sur la maladie et non sur les conditions pouvant être en cause. Il semble y avoir une sous-utilisation de l'enseignement infirmière, des outils d'évaluation, des mécanismes de continuité des soins et des services disponibles pour répondre aux besoins des GCSU en regard des déterminants sociaux qui influencent l'état de santé. Pour améliorer l'état de santé des GCSU et la situation de l'urgence, il est évident que le processus de continuité des soins entre l'urgence et la mission CLSC doit être revu et qu'une évaluation clinique systématique des besoins biopsychosociaux des GCSU et de tous les nouveaux patients doit être réalisé et ce, dès la première visite à l'urgence afin de leur offrir des services ou de les diriger vers des ressources communautaires.

En somme, cette étude a permis d'identifier des déterminants susceptibles d'influencer l'état de santé des GCSU et d'anticiper des besoins biopsychosociaux des GCSU. Cette recherche pourra servir de point de départ pour développer des interventions novatrices en amont des problèmes de santé des GCSU. Maintes études ont conclu que les GCSU sont une population vulnérable présentant des besoins complexes. La recherche en sciences infirmières a l'opportunité de démontrer que l'ensemble des activités réservées à l'infirmière peut prendre en compte les besoins des GCSU.

Appendice A

Autorisation du milieu à effectuer la recherche au Centre Christ-Roi de Nicolet



Le 2 février 2016

Madame Marie-Hélène Blais
Étudiante à la maîtrise en soins infirmiers, UQTR

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Évaluer l'effet des interventions infirmières préventives, initiées en communauté sur le recours à l'urgence chez les hauts-consommateurs de soins
CÉR-2015-020-00

Madame,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche au Centre Christ-Roi de Nicolet.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ portant la date du 1^{er} février 2016 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. Si Le CER vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Cette autorisation suppose également que vous respecterez les modalités énoncées ci-après.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CER évaluateur.

Si un suivi s'avère nécessaire lors de l'utilisation de ces documents dans notre établissement, vous voudrez bien vous adresser au CÉR de l'établissement à l'adresse : 04chrtr_recherche@ssss.gouv.qc.ca.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- 1) à vous conformer aux demandes du CER évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 2) à rendre compte au CER évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur;

- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) à respecter les modalités arrêtées par notre établissement au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche, à savoir :
 - la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

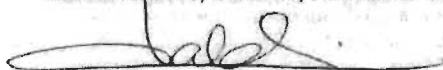
La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec moi pendant le déroulement de cette recherche, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à 04chrtr_recherche@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur : **CÉR-2015-020-00 (Identification des Interventions Infirmières)**.

Veuillez recevoir, Madame, l'assurance de nos salutations distinguées.



Marlène Galdin, PhD
Directrice administrative de l'enseignement universitaire et de la recherche
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Cc: Madame Liette St-Pierre, Professeure, Département des soins infirmiers - UQTR
Monsieur François Lemire, président du CÉR du CIUSSS MCQ, installation CHAUR
Madame Caroline Guertin, Chef de service de la recherche médicale et clinique,
CIUSSS MCQ

Appendice B
Certificat d'approbation éthique

Certificat d'approbation éthique

Description du projet de recherche :

Titre du projet : Évaluer l'effet des interventions infirmières préventives, initiées en communauté sur le recours à l'urgence chez les hauts-consommateurs de soins

Chercheur : Madame Marie-Hélène Blais

Provenance des fonds : Aucun.

Documents approuvés par le CÉR à utiliser pour la présente étude :

Date de la version

Protocole	2015-12-09
Résumé du projet	Non-datée
Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants	Non-datée

Approbation éthique :

Étude initiale du projet par notre CÉR : 2016-01-21

Certificat actuel :

Raison d'émission : Acceptation finale

Période de validité : Du 2016-02-01 au 2017-02-01

François Lemire
François Lemire
Président du comité d'éthique de la recherche



Appendice C

Base de données et règles de mesures

ID_PATIENT	identification du patient	Aucun
NBRE_VISITES	Nombres total de visites à l'urgence entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015	Aucun
AGE	âge réel du patient	Aucun
Age_recod	0<65 ans, 1=plus grand ou égal à 65 ans	Aucun
SEXE	sexe du patient	{0, masculin}...
PERSON_URGEN	est-ce que le patient a quelqu'un à rejoindre en cas d'urgence, autre que le conjoint	{0, non}...
soutien_social	est-il documenté textuellement par le sujet ou intervenant qu'il y a peu ou pas de soutien social	{0, non}...
soutien_concret	présence de facteurs de risque d'un faible soutien social concret	{0, vivre seul ou isolement}...
soutien_concret2	présence de facteurs de risque d'un faible soutien social concret	{0, vivre seul ou isolement}...
soutien_concret3	présence de facteurs de risque d'un faible soutien social concret	{0, vivre seul ou isolement}...
soutien_concret4	présence de facteurs de risque d'un faible soutien social concret	{0, vivre seul ou isolement}...
ETAT_CIVIL	état civil	{0, marié-conjoint de fait}...
LANGUE	langue utilisé au triage	{0, français}...
VISITE1_DATE	date de la visite1	Aucun
VISITE1_ACCOMP	Visite1_patient accompagné à l'urgence	{0, non}...
VISITE1_MDFAMILLE	Visite1_Usager est suivi par un médecin de famille ou infirmière praticienne spécialisée	{0, non}...
VISITE1_NJS	Visite1_Moment de la journée du triage	{0, Nuit (minuit à 7h59)}...
VISITE1_FERIE	Visite1_Jour de la consultation	{0, fin de semaine ou férié}...
VISITE1_MOTIF	Visite1_motif de consultation au triage	{0, cardiovasculaire}...
VISITE1_Raison	visite1_précision sur la raison de consultation	Aucun
VISITE1_ETG	Visite1_niveau de priorité du triage	{1, P1}...
VISITE1_RESIDENCE	Visite1_Ville de résidence	{0, Aston-Jonction}...
VISITE1_CodePostal	code postal de la résidence	Aucun
DEFAV_GLOBALE	indice socio-économique	Aucun
URB_RURAL	est-ce que le sujet vit en milieu rural ou urbain	{0, rural}...
indic_education	est-ce que le sujet présente un faible niveau d'éducation, absence de DES, présence à l'aide sociale	{0, non}...
indic_insecurit	est-ce que le sujet présente une problématique d'insécurité telle que: absence de transport pour accéder	{0, non}...
indic_pauvret	sujet présente un ou l'autre des indicateurs de pauvreté/conséquence (indice socio-économique, éducatif)	{0, non}...
tabac	tabagisme actif ou non	{0, non}...
VISITE1_ATCDOMP	Visite1_présence d'antécédents de maladies infectieuses et parasitaires	{0, non}...
VISITE1_ATCDOTUM	Visite1_présence de tumeurs	{0, non}...
VISITE1_ATCDOSANG	Visite1_présence Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et troubles système immunitaire	{0, non}...
VISITE1_ATCDENDO	Visite1_présence Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	{0, non}...
VISITE1_ATCDMENT	Visite1_présence Troubles mentaux et du comportement	{0, non}...
VISITE1_ATCDNERV	Visite1_présence Maladies du système nerveux	{0, non}...
VISITE1_ATCDOEIL	Visite1_présence Maladies de l'œil et de ses annexes	{0, non}...
VISITE1_ATCDOREIL	Visite1_présence Maladies de l'oreille et l'apophyse mastoïde	{0, non}...
VISITE1_ATCDCIRC	Visite1_présence Maladies de l'appareil circulatoire	{0, non}...
VISITE1_ATCDRESP	Visite1_présence Maladies de l'appareil respiratoire	{0, non}...
VISITE1_ATCDDIGES	Visite1_présence Maladies de l'appareil digestif	{0, non}...
VISITE1_ATCDPEAU	Visite1_présence Maladies de la peau / tissu cellulaire sous-cutané	{0, non}...
VISITE1_ATCDOSTEO	Visite1_présence Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	{0, non}...
VISITE1_ATCDGENITO	Visite1_présence Maladies de l'appareil génito-urinaire	{0, non}...
VISITE1_ATCDPUER	Visite1_présence Grossesse, accouchement et puerpéralité	{0, non}...
VISITE1_ATCDPERIN	Visite1_présence Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	{0, non}...
VISITE1_ATCDCONGE	Visite1_présence Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	{0, non}...
VISITE1_ATCDANOR	Visite1_présence Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non	{0, non}...
VISITE1_ATCDTRAU	Visite1_présence Lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes	{0, non}...
Visite1_Antihis	Visite1_prise d'Antihistaminiques	{0, non}...
Visite1_Antinf	Visite1_prise d'Anti-infectieux	{0, non}...
Visite1_Antineo	Visite1_prise Antinéoplasiques	{0, non}...
Visite1_SNA	Visite1_prise Médicaments s.n.a	{0, non}...
Visite1_sang	Visite1_prise Médicaments du sang	{0, non}...
Visite1_cardio	Visite1_prise Cardio-vasculaires	{0, non}...
Visite1_SNC	Visite1_prise Médicaments s.n.c.	{0, non}...
Visite1_diagn	Visite1_prise Agents diagnostiques	{0, non}...
Visite1_diure	Visite1_prise Électrolytes-diurétiques	{0, non}...
Visite1_expecto	Visite1_prise Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques	{0, non}...
Visite1_ORT	Visite1_prise O.R.L.O	{0, non}...
Visite1_gastro	Visite1_prise Gastro-intestinaux	{0, non}...
Visite1_sels	Visite1_prise Sels d'or	{0, non}...
Visite1_Antidotes	Visite1_prise Antidotes des métaux lourds	{0, non}...
Visite1_hormone	Visite1_prise Hormones et substituts	{0, non}...
Visite1_peau	Visite1_prise Peau et muqueuses	{0, non}...
Visite1_spasmo	Visite1_prise Spasmodiques	{0, non}...
Visite1_vitam	Visite1_prise Vitamines	{0, non}...
Visite1_Autres	Visite1_prise Autres médicaments	{0, non}...
Visite1_except	Visite1_prise Médicaments d'exception	{0, non}...
Visite1_statutimmun	Visite1_informations sur le statut immunitaire	{0, non}...
Visite1_Alcool	Visite1_la quantité totale d'alcool consommée par semaine	{0, 0 à 10 (femme)}...
Visite1_Tabac	Visite1_consommation de tabac	{0, non}...
Visite1_autreshabdevie	Visite1_autres habitudes de vie	Aucun
Visite1_Dx	Visite1_Diagnostic médical	{0, Certaines maladies infectieuses}
Visite1_Dossiertransf	Visite1_est-ce que l'épisode de soins est transféré au médecin traitant	{0, non}...
Issue1	Visite1_issue de la 1ère consultation médicale à l'urgence	{0, domicile}...
Visite1_presc	Visite1_Usager reçoit une prescription médicale liée à son état de santé	{0, non}...
Visite1_contenuPres	Visite1_contenu de la prescription médicale	Aucun
Visite1_enseiginf	Visite1_Usager reçoit enseignement infirmière	{0, non}...
Prisma_visite1	Visite1_Est-ce que le patient a été référé au programme PRISMA7	{0, non}...
Gaco_visite1	Visite1_Est-ce que le patient a été référé au GACO	{0, non}...
ICLSC_connu_visite1	Lors de la visite1, est-ce que l'usager est connu du service I-CLSC?	{0, non}...
ICLSC_connu_appel1	Si l'usager est connu lors de la visite1, est-ce que les intervenants de l'urgence ont communiqué avec le	{0, non}...
ICLSC_inconnu_eval1	Si le patient est inconnu du service I-CLSC lors de la visite1, est-ce que l'état ou la situation du patient a	{0, non}...

Règles de mesure

Variables	Règles de mesure
Âge	Valeurs continues
Sexe	0=masculin 1=féminin
Tabagisme actif	0=oui 1=non 2=données non-disponibles
Consommation d'alcool / drogue	0=oui 1=non 2=données non-disponibles
Participation aux services préventifs	Variables discrètes
Langue parlée à la maison	0= français 1=anglais 3=etc...
Éducation / littératie Insécurité financière / alimentaire	Variables discrètes : Documenté textuellement que le sujet a : Faible niveau d'éducation/absence de diplôme d'étude secondaire Faible niveau de connaissances en santé Présence à l'aide sociale Insécurité financière ou alimentaire vécue
État civil	0= marié/conjoint de fait 1=célibataire 2=veuf
Soutien social	Être accompagné à l'urgence:
	0 : sujet est accompagné à l'urgence 1 : sujet n'est pas accompagné à l'urgence 2 : données non-disponibles
	Personne à rejoindre en cas d'urgence :
	0 : Présence d'une personne à rejoindre en cas d'urgence autre que le conjoint 1 : Absence d'une personne à rejoindre en cas d'urgence autre que le conjoint
	Variables discrètes :
	Documenté textuellement par le sujet ou les intervenants qu'il y avait peu ou pas de réseau ou de soutien social

Règles de mesure

Indice socio-économique Milieu urbain / rural	0 : Nicolet 1 : etc...
	Code postal : valeurs discrètes Milieu urbain : 1 Milieu rural : 2
Système de santé	Usager reçoit une prescription médicale liée à son état de santé? 0 : oui 1 : non
	Enseignement infirmière réalisé? 0 : oui 1 : données non-disponibles
	Patient référé au GACO? 0 : oui 1 : données non-disponibles 2 : sujet a déjà accès à un médecin de famille
	Est-ce que l'épisode de soins est transféré au médecin traitant 0 : oui 1 : données non-disponibles
	Patient référé au programme PRISMA7? 0 : oui 1 : non 2 : ne s'applique pas
	Est-ce que l'utilisateur est connu du service I-CLSC? 0 : oui 1 : non
	Si l'utilisateur est connu, est-ce que les intervenants de l'urgence ont communiqué avec le coordonnateur de services mission CLSC? 0 : oui 1 : non
	Si le patient est inconnu du service I-CLSC, est-ce que la situation du patient a fait l'objet d'une évaluation afin d'offrir les services de la mission CLSC? 0 : oui 1 : non
	Nombre total de demande de services normalisés I-CLSC entre le 1 ^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015 Valeurs continues

Appendice D

Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé
Connexes (CIM-10 Version : 2008 Français)

CIM-10 Version:2008

Recherche



▼ ICD-10 Version:2008



- ▶ I Certaines maladies infectieuses et parasitaires
- ▶ II Tumeurs
- ▶ III Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire
- ▶ IV Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- ▶ V Troubles mentaux et du comportement
- ▶ VI Maladies du système nerveux
- ▶ VII Maladies de l'œil et de ses annexes
- ▶ VIII Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
- ▶ IX Maladies de l'appareil circulatoire
- ▶ X Maladies de l'appareil respiratoire
- ▶ XI Maladies de l'appareil digestif
- ▶ XII Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
- ▶ XIII Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
- ▶ XIV Maladies de l'appareil génito-urinaire
- ▶ XV Grossesse, accouchement et puerpéralité
- ▶ XVI Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
- ▶ XVII Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
- ▶ XVIII Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs
- ▶ XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
- ▶ XX Causes externes de morbidité et de mortalité
- ▶ XXI Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé
- ▶ XXII Codes d'utilisation particulière

Source : Classification internationale des maladies

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/>

Références

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2013). *Plan d' action 2013 - 2015 du plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre - Du - Québec*. Repéré à www.agencesss04.qc.ca.

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2014). *Cadre de référence régionale sur la responsabilité populationnelle*. Québec: Gouvernement du Québec.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). *Pour qu'on se comprenne: Guide de littératie en santé*. Montréal: Direction de santé publique Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assimplications/litteratie_v9.pdf.

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Canada: Gouvernement du Canada Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/pourquoi-canadiens-sont-sante.html#unhealthy>.

Althaus, F., Paroz, S., Hugli, O., Ghali, W. A., Daeppen, J. B., Peytremann-Bridevaux, I., & Bodenmann, P. (2011). Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 58(1), 41-52.e42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.007>

Artinian, L., Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2006). Patients' lack of knowledge of their medications and diagnosis at discharge...Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc*. 2005;80:991-994. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(1), 133-133.

Association des infirmières et des infirmiers du Canada. (2018). Déterminants sociaux de la santé. Page consultée à <https://cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleure-sante/determinants-sociaux-de-la-sante>

Baggio, S., Iglesias, K., Hugli, O., Burnand, B., Ruggeri, O., Wasserfallen, J.-B., . . . Bodenmann, P. (2015). Associations between perceived discrimination and health status among frequent Emergency Department users. *European*

Journal Of Emergency Medicine: Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine.

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Billings, J., & Raven, M. C. (2013). Dispelling An Urban Legend: Frequent Emergency Department Users Have Substantial Burden Of Disease. *Health Affairs*, 32(12), 2099-2108. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1276>
- Blane, D. (2006). The life course, the social gradient, and health. Dans W. M. Marmot, R.G. (Éd.), *Social determinants of health* (pp. 54-77). New York: Oxford University Press Inc.
- Bodenmann, P., Baggio, S., Iglesias, K., Althaus, F., Velonaki, V.-S., Stucki, S., . . . Daeppen, J.-B. (2015). Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 14, 146. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0277-5>
- Boisvert, R., Lemay, F., & Pepin, Y. (2015). *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Une analyse écologique (phase IV)*. Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Repéré à http://aisbe-mcq.ca/sites/aisbe-mcq.ca/files/doc/isbe_juin_2015_rapport_final.pdf.
- Brunner, E., & Marmot, M. (2011). Social organization, stress, and health. Dans M. Marmot & R. G. Wilkinson (Éds.), *Social Determinants of Health* (2^{ème} éd., pp. 6-30). United States: Oxford University Press Inc. (Réimpression de: 2006).
- Castner, J., Yow-Wu, B.-W., Mehrok, N., Gadre, A., & Hewner, S. (2015). Frequent Emergency Department Utilization and Behavioral Health Diagnoses. *Nursing Research*, 64(1), 3-12. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0000000000000065>

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2009). *Prendre la mesure de la pauvreté: Proposition d'indicateurs de pauvreté, d'inégalités et d'exclusion sociale afin de mesurer les progrès réalisés au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Avis.pdf.

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2014). *L'exclusion sociale : Construire avec celles et ceux qui la vivent, Vers des pistes d'indicateurs d'exclusion sociale à partir de l'expérience de personnes en situation de pauvreté*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à www.cepe.gouv.qc.ca.

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion. (2017). *La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec: État de situation 2016*. Québec: Repéré à https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/CEPE_Etat_Situation_2016.pdf.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2014). *Les urgences au Québec: Évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à www.csbe.gouv.qc.ca.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017a). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PerformanceGlobale/CSBE_RapportGlobal_2016_ACCESS.pdf.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017b). *Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec*. Québec: Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf.

Conseil national des aînés. (2017). *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés*. Canada: Gouvernement du Canada Repéré à <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>.

Costa, A. P., Hirdes, J. P., Bell, C. M., Bronskill, S. E., Heckman, G. A., Mitchell, L., . . . Stolee, P. (2015). Derivation and Validation of the Detection of

Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale for Classifying the Risk of Emergency Department Use in Frail Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(4), 763-769. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13336>

Doran, K., Colucci, A., Wall, S., Williams, N., Hessler, R., Goldfrank, L., & Raven, M. C. (2014). Reasons for emergency department use: do frequent users differ? *The American Journal Of Managed Care*, 20(11), e506-e514.

Doupe, M. B., Palatnick, W., Day, S., Chateau, D., Soodeen, R. A., Burchill, C., & Derksen, S. (2012). Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Annals of Emergency Medicine*, 60(1), 24-32.

Duseja, R., Bardach, N. S., Lin, G. A., Yazdany, J., Dean, M. L., Clay, T. H., . . . Dudley, R. A. (2015). Revisit rates and associated costs after an emergency department encounter: a multistate analysis. *Annals of Internal Medicine*, 162(11), 750-756. <http://dx.doi.org/10.7326/M14-1616>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3 éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Geurts, J., Palatnick, W., Strome, T., & Weldon, E. (2012). Frequent users of an inner-city emergency department. *CJEM: Canadian Journal of Emergency Medicine*, 14(5), 306-313. <http://dx.doi.org/10.2310/8000.2012.120670>

Ginde, A. A., Vinton, D. T., Capp, R., Abbott, J. T., & Rooks, S. P. (2014). Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emergency Medicine Journal*, 31(7), 526-532. <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2013-202407>

Gouvernement du Québec. (2017). Thésaurus de l'activité gouvernementale. Page consultée à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=758>

Griffey, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M., & Kaphingst, K. A. (2014). Is Low Health Literacy Associated With Increased Emergency Department Utilization and Recidivism? Se Asocia una Educación Sanitaria Baja con un Incremento del Uso y la Refrecuentación al Servicio de

Urgencias? *Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1109-1115 1107p.
<http://dx.doi.org/10.1111/acem.12476>

Grimmer-Somers, K., J., K., S., E., , Luker, J., Ann Alemao, L., & Jones, D. (2010). A holistic client-centred program for vulnerable frequent hospital attenders: cost efficiencies and changed practices. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 34(6), 609-612. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00616.x>

Hand, C., McColl, M. A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D., & Barber, K. H. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian Family Physician*, 60(6), e322-329 321p.

Harris, J., Springett, J., Croot, L., Booth, A., Campbell, F., & Thompson, J. (2015). Can community-based peer support promote health literacy and reduce inequalities? A realist review. *PUBLIC HEALTH RESEARCH*, 3(3). <http://dx.doi.org/10.3310/phr03030>

Horney, C., Schmader, K., Sanders, L. L., Heflin, M., Ragsdale, L., McConnell, E., . . . Hastings, S. N. (2012). Health care utilization before and after an outpatient ED visit in older people. *American Journal of Emergency Medicine*, 30(1), 135-142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2010.10.036>

Hudon, C., Chouinard, M.-C., Lambert, M., Dufour, I., & Krieg, C. (2016). Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJ Open*, 6(9), 8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012353>

Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé — rapport sommaire* Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé Repéré à https://www.cihi.ca/fr/high_users_summary_fr.pdf.

Institut canadien d'information sur la santé. (2018). Tableau 7 Volume de visites et de patients parmi les utilisateurs fréquents des services d'urgence par groupe d'âge, provinces et territoires participants, SNISA, 2016-2017

SNISA — *Nombre de visites au service d'urgence et durée du séjour par province*, . Canada: Gouvernement du Canada.

Institut de la statistique du Québec. (2011). *Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise: Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec: Gouvernement du Québec.

Institut de la statistique du Québec. (2012). *Littératie en santé: compétences, groupes cibles et facteurs favorables: Résultats québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, 2003*. Québec: Gouvernement du Québec.

Institut national de santé publique du Québec. (2011). Sécurité et insécurité alimentaire chez les Québécois : une analyse de la situation en lien avec leurs habitudes alimentaires. Page consultée à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1333_SecuriteAlimentQucAnalSituationHabAliment.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé: Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2093>.

Jalbert, Y. G. (2016). Littératie et santé, au cœur de l'identité culturelle québécoise (pp. 36): Association pour la santé publique du Québec.

Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2 éd.). Montréal: Chenelière.

Johnson, A. (2014). Health literacy, does it make a difference? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 39-45.

Kangovi, S., Barg, F. K., Carter, T., Long, J. A., Shannon, R., & Grande, D. (2013). Understanding Why Patients Of Low Socioeconomic Status Prefer Hospitals Over Ambulatory Care. *Health Affairs*, 32(7), 1196-1203. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0825>

Karam, G., Radden, Z., Berall, L.-E., Cheng, C., & Gruneir, A. (2015). Efficacy of emergency department-based interventions designed to reduce repeat visits and other adverse outcomes for older patients after discharge: A systematic

review. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(9), 1107-1117 1111p.
<http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12538>

Khan, Y., Glazier, R.-H., Moineddin, R., & Schull, M.-J. (2011). A Population-based Study of the Association Between Socioeconomic Status and Emergency Department Utilization in Ontario, Canada. *Academic Emergency Medicine*, 18(8), 836-843 838p. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01127.x>

Ku, B. S., Fields, J. M., Santana, A., Wasserman, D., Borman, L., & Scott, K. C. (2014). The Urban Homeless: Super-users of the Emergency Department. *Population Health Management*, 17(6), 366-371 366p.
<http://dx.doi.org/10.1089/pop.2013.0118>

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens: Un document de travail*. Ottawa: Gouvernement du Canada Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>.

Lecours, C., Pomey, M.-C., & Tremblay, M.-E. . (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. L'hospitalisation et la consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Québec: Institut de la statistique du Québec Repéré à www.stat.gouv.qc.ca.

Lee, J., Sirois, M.-J., Moore, L., Perry, J., Daoust, R., Griffith, L., . . . Emond, M. (2015). Return to the ED and hospitalisation following minor injuries among older persons treated in the emergency department: predictors among independent seniors within 6 months. *Age and Ageing*, 44(4), 624-629.
<http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afv054>

MacNaughton-Doucet, L. J. (2013). Determinants of Health in Discharge Planning for Seniors: Asking the Right Questions. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 32(3), 307-315.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000342>

Mautner, D. B., Pang, H., Brenner, J. C., Shea, J. A., Gross, K. S., Frasso, R., & Cannuscio, C. C. (2013). Generating Hypotheses About Care Needs of High Utilizers: Lessons from Patient Interviews. *Population Health Management*, 16, S-26-s-33. <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2013.0033>

Mikkonen, J., & Raphael, D. (2011). Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes (pp. 62). Toronto: École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: Résultat d'une réflexion commune*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: Cadre de référence*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants: Mieux comprendre pour mieux agir*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Loi sur la santé publique*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Québec: Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-717-02W.pdf>.

Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS]. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec: Gouvernement du Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000455/>.

- Moe, J., Bailey, A. L., Oland, R., Levesque, L., & Murray, H. (2013). Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *CJEM: Canadian Journal of Emergency Medicine*, 15(4), 214-226. <http://dx.doi.org/10.2310/8000.2013.130936>
- Moe, J., Kirkland, S., Ospina, M. B., Campbell, S., Long, R., Davidson, A., . . . Rowe, B. H. (2015). Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emergency Medicine Journal: EMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/emerned-2014-204496>
- Moe, J., Kirkland, S. W., Rawe, E., Ospina, M. B., Vandermeer, B., Campbell, S., & Rowe, B. H. (2017). Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 24(1), 40-52. <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13060>
- Ondler, C., Hegde, G. G., & Carlson, J. N. (2014). Resource utilization and health care charges associated with the most frequent ED users. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 32(10), 1215-1219. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.07.013>
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. (pp. 32). Montréal: Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des Infirmières et infirmiers du Québec. (2016a). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Montréal: OIIQ Repéré à www.oiiq.org.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016b). Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale. (pp. 48). Montréal: OIIQ.
- Organisation mondiale de la santé. (1978, September). *Déclaration d'Alma-Ata*. Communication présentée International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR.
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Communication présentée Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, Brésil.

Organisation mondiale de la Santé. (2017a). Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins. Page consultée à <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2017b). Maladies non-transmissibles. *Aide-mémoire* Numéro 355. Page consultée à http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2018). Déterminants sociaux de la santé. Page consultée à http://www.who.int/social_determinants/fr/

Palmer, E., Leblanc-Duchin, D., Murray, J., & Atkinson, P. (2014). Emergency department use: Is frequent use associated with a lack of primary care provider? *Canadian Family Physician*, 60(4), e223-229.

Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016059>

Loi sur les services de santé et les services sociaux, (2018).

Régie de l'assurance-maladie du Québec. (2016). *Tarification des visites/Manuel de facturation*. Repéré à http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/150-facturation-specialistes/012_b_tarif_visites_acte_spec.pdf.

Rising, K., Padrez, K., O'Brien, M., Hollander, J., Carr, B., & Shea, J. A. (2014). Return Visits to the Emergency Department: The Patient Perspective. *Annals of Emergency Medicine*, 1-10. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.07.015>

Rising, K., Victor, T., Hollander, J., & Carr, B. (2014). Patient Returns to the Emergency Department: The Time-to-return Curve. *Academic Emergency Medicine*, 21(8), 864-871. <http://dx.doi.org/10.1111/acem.12442>

- Rootman, I. (2004). Health Promotion and Literacy: Implications for Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(1), 13-21.
- Schumacher, J. R., Hall, A. G., Davis, T. C., Arnold, C. L., Bennett, R. D., Wolf, M. S., & Carden, D. L. (2013). Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. *Medical Care*, 51(8), 654-658 655p. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182992c5a>
- Shapiro, J. S., Johnson, S. A., Angiolillo, J., Fleischman, W., Onyile, A., & Kuperman, G. (2013). Health Information Exchange Improves Identification Of Frequent Emergency Department Users. *Health Affairs*, 32(12), 2193-2198. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0167>
- Shaw, M., Dorling, D., & Smith, G.D. (2006). Poverty, social exclusion, and minorities. Dans Oxford (Éd.), *Social determinants of health* (pp. 196-223). New York: Oxford University Press.
- Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 10(4), e0123660. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0123660>
- Stafford, M., & McCarthy, Mark. (2006). Neighbourhoods, housing, and health,. Dans M. Marmot, & Wilkinson, R.G. (Éd.), *Social determinants of health* (pp. 297-317). New York: Oxford University Press Inc.
- Stanhope, M., Lancaster, J., Jessup-Falcioni, H., & Viverais-Dresler, G.A. (2010). Working with vulnerable populations *Community health in nursing Canada* (pp. 309-366). Toronto: Elsevier.
- Statistique Canada. (2016). *Gens en santé, milieux sains*. Canada: Gouvernement du Canada Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/phx-fra.htm>.
- The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. (2001). *The Health of Canadians – The Federal Role Volume One – The Story So Far*. Ottawa: Gouvernement du Canada Repéré à <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/371/pdf/interim-soci-e.pdf>.

- Tozer, A. P., Belanger, P., Moore, K., & Caudle, J. (2014). Socioeconomic status of emergency department users in Ontario, 2003 to 2009. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 220-225. <http://dx.doi.org/10.2310/8000.2013.131048>
- Tricco, A., Antony, J., Ivers, N., Ashoor, H., Khan, P., Blondal, E., . . . Straus, S. (2014). Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 186(15), E568-578 561p. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140289>
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 3569-3572. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.8.3569>
- Van Tiel, S., Rood, P. P. M., Bertoli-Avella, A. M., Erasmus, V., Haagsma, J., van Beeck, E., . . . Polinder, S. (2015). Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *European Journal Of Emergency Medicine: Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine*, 22(5), 306-315. <http://dx.doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000242>
- Vanasse, A., Courteau, J., Asghari, S., Leroux, D., & Cloutier, L. (2014). Health inequalities associated with neighbourhood deprivation in the Quebec population with hypertension in primary prevention of cardiovascular disease. *Maladies Chroniques et Blessures au Canada*, 34(4), 181-194.
- Vandyk, A. D., VanDenKerkhof, E. G., Graham, I. D., & Harrison, M. B. (2014). Profiling Frequent Presenters to the Emergency Department for Mental Health Complaints: Socio-Demographic, Clinical, and Service Use Characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 420-425. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.09.001>
- Vanstone, N.-A., Belanger, P., Moore, K., & Caudle, J.-M. (2014). Socioeconomic composition of low-acuity emergency department users in Ontario. *Canadian Family Physician*, 60(4), 355-362.
- Vat, M., Common, C., Laizner, A., Borduas, C., & Maheu, C. (2015). Reasons for returning to the emergency department following discharge from an internal

medicine unit: perspectives of patients and the liaison nurse clinician.
Journal of Clinical Nursing, 24(23/24), 3605-3614 3610p.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13011>

Wallace, E., Stuart, E., Vaughan, N., Bennett, K., Fahey, T., & Smith, S. M. (2014).
Risk Prediction Models to Predict Emergency Hospital Admission in
Community-dwelling Adults: A Systematic Review. *Medical Care*, 52(8),
751-765 715p. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.000000000000171>

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2004). Les déterminants sociaux de la santé : les
faits. Deuxième édition. Dans O. m. d. l. santé (Éd.).